Inovações da Gestão Pública no SUS

Uma abordagem das iniciativas no processo de reforma institucional

Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Hélder Freire Pacheco
Sydia Rosana de Araujo Oliveira
Francisco de Assis da Silva Santos

Organizadores

Editora UFPE

Inovações da Gestão Pública no SUS

Uma abordagem das iniciativas no processo de reforma institucional

Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Hélder Freire Pacheco
Sydia Rosana de Araujo Oliveira
Francisco de Assis da Silva Santos

Organizadores

Editora UFPE

Recife
2021

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou processo, especialmente por sistemas gráficos, microfílmicos, fotográficos, reprográficos, fonográficos e videográficos. Vedadas a memorização e/ou a recuperação total ou parcial em qualquer sistema de processamento de dados e a inclusão de qualquer parte da obra em qualquer programa juscibernético. Essas proibições aplicam-se também às características gráficas da obra e à sua editoração.

Catalogação na fonte:
Bibliotecária Kalina Ligia França da Silva, CRB4-1408

I58 Inovações da gestão pública no SUS [recurso eletrônico] : uma abordagem das iniciativas no processo de reforma institucional / organizadores : Garibaldi Dantas Gurgel Junior... [et al.]. – Recife : Ed. UFPE, 2021.

Vários autores
Inclui referências.
ISBN 978-65-5962-009-8 (online)

1. Sistema Único de saúde (Brasil). 2. Administração pública – Brasil. 3. Saúde Pública – Brasil – Administração. 4. Política de saúde – Brasil. 5. Reforma do sistema de saúde – Brasil. I. Gurgel Junior, Garibaldi Dantas (Org.).

362.10981 CDD (23.ed.) UFPE (BC2021-011)

Editora UFPE

Rua Acadêmico Hélio Ramos, 20, Várzea
Recife, PE | CEP: 50.740-530
Fone: (81) 2126.8397 | Fax: (81) 2126.8395
www.ufpe.br/edufpe | livraria@edufpe.com.br

Prefácio

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), ancorado no reconhecimento do direito universal à saúde, tem sido, ao longo dos últimos 31 anos, marcado por avanços na formulação e implementação de políticas e programas voltados à expansão da oferta e acessibilidade aos serviços, especialmente no âmbito da atenção básica, com resultados significativos em termos da melhoria das condições de saúde da população, como atestam inúmeros trabalhos publicados nesse período.

Simultaneamente, esse processo tem enfrentado grandes problemas, a exemplo do subfinanciamento crônico, que impacta seriamente as possibilidades de expansão da infraestrutura e, consequentemente, da oferta dos serviços, que também sofrem os efeitos das enormes dificuldades enfrentadas no âmbito da gestão e da gerência dos serviços. Neste particular, observa-se o tensionamento entre os esforços de mudança e modernização da administração pública brasileira com a permanência de práticas tradicionais e, muitas vezes, deficiências de qualificação dos quadros dirigentes e técnicos.

Como se sabe, o processo de Reforma do Estado desencadeado na década de 1990 tem conduzido a mudanças nas formas de gestão de unidades de saúde complexas, a exemplo dos hospitais, e também induzido os governos estaduais e municipais a experimentarem novas modalidades de gestão que redimensionam as relações entre o estatal, o público e o privado. Com a introdução desses modelos, ampliaram-se os desenhos institucionais propostos como alternativas para a rede de

serviços públicos de saúde. Além dos modelos adotados inicialmente, a exemplo das organizações sociais, outros foram introduzidos, como as Fundações Estatais de Direito Privado, consórcios públicos, parcerias público-privadas e, mais recentemente, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Além disso, a implementação de um "SUS federativo" tem implicado a criação de novas instâncias de decisão nas diversas esferas de governo e estimulado a organização e a participação dos gestores em órgãos colegiados, ao lado do grande esforço feito em torno da consolidação dos Conselhos de Saúde, instâncias de gestão participativa que contemplam a representação dos vários segmentos sociais – gestores, prestadores de serviço, trabalhadores de saúde e usuários – interessados na consolidação do SUS e na defesa da democracia na saúde.

No momento atual, em que os princípios e diretrizes constitucionais do SUS encontram-se ameaçados pelas recentes medidas de contenção dos gastos sociais (Emenda Constitucional 95/2016) e mudanças significativas na condução das políticas de saúde, tornam-se essenciais o desenvolvimento de pesquisas sobre os resultados alcançados e o debate em torno dos problemas a serem enfrentados, no sentido de garantir a continuidade do SUS constitucional.

Especificamente no que diz respeito à gestão, diante da complexidade e da multiplicidade de aspectos políticos, técnicos, administrativos, econômicos e éticos que permeiam o cotidiano das relações entre o público e o privado, torna-se imprescindível o investimento em estudos e pesquisas capazes de produzir informações sobre as políticas e práticas gerenciais em curso, identificando constrangimentos e fragilidades a serem superados.

Nesse sentido, ressalto que este breve preâmbulo serve para enaltecer o livro que tenho a honra de apresentar. Reflete em todo o seu conteúdo o esforço de pesquisadores que se desafiaram a refletir sobre temas complexos que permeiam o enlace gestão e regulação. Os capítulos que compõem a obra integram argumentos e reflexões sobre a administração pública no Brasil tomando o cotidiano da saúde como foco de análise.

Os estudos produzidos pelos autores oferecem aos leitores um conjunto de abordagens conceituais, teóricas, metodológicas e analíticas de questões vinculadas aos determinantes e efeitos produzidos pelos novos modelos de gestão pública, com destaque para os mecanismos de governança, planejamento, regionalização, regulação e papel dos órgãos de controle e fiscalização do Estado.

Parabenizamos os organizadores pela iniciativa desta publicação e pela qualidade da contribuição científica disponibilizada para o conjunto de docentes, pesquisadores, estudantes, gestores e trabalhadores do SUS que certamente se beneficiarão da leitura e reflexão sobre os temas abordados nos capítulos que compõem o livro, o qual vem preencher uma lacuna na literatura científica brasileira. Esperamos que esta obra fomente o debate e estimule novas questões de estudo capazes de subsidiar a formulação e o aperfeiçoamento da gestão pública no Brasil.

Isabela Cardoso de M. Pinto

Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia

Apresentação

Em quase uma década, o Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde do Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ-PE tem investigado temas cada vez mais incluídos na agenda de prioridades da administração pública da saúde no Brasil. A organização do SUS e a reforma setorial têm sido contempladas nos estudos desenvolvidos pelo grupo, de forma mais específica no que diz respeito às redes de atenção, à governança e regulação em saúde – temáticas imprescindíveis para a discussão das políticas públicas de saúde em qualquer espaço interfederativo.

Em 2016, a pesquisa intitulada "Redes assistenciais integradas e sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS)", financiada pelo edital IAM-PROEP-FACEPE, perpassou pelos tópicos mencionados, possibilitando a consolidação de várias experiências teórico-empíricas.

A produção de reflexões e resultados desse grupo de pesquisa resultou no livro *Inovações da gestão pública no SUS: uma abordagem das iniciativas no processo de reforma institucional*, que busca reunir, em dez capítulos, um conjunto relevante de casos, análises, conhecimentos e práticas relacionados aos distintos componentes da gestão pública em saúde, evidenciando necessidades e peculiaridades das organizações nas diferentes áreas de atuação e esferas de governo.

O primeiro capítulo, em forma de ensaio, tem o propósito de debater a temática da gestão do conhecimento na saúde pública do Brasil. Trata-se de uma revisão narrativa com base na literatura especializada

sobre o tema. Portanto, são apresentados aspectos teóricos e conceituais essenciais, trazendo para o debate argumentos que apontam a possibilidade de avançar no uso do conhecimento para as políticas públicas de saúde mediante os seus desafios atuais. As iniciativas nesse sentido ainda estão sendo incorporadas no âmbito da saúde pública brasileira, seja em unidades gestoras, seja em serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Apesar dos esforços observados nos últimos anos, o incentivo à implementação de estratégias de gestão do conhecimento visando à superação de obstáculos relacionados às políticas públicas é ainda incipiente.

O segundo capítulo tem como objetivo mapear os estudos sobre tomada de decisão em políticas de saúde no Brasil e produzir um referencial teórico a partir desse mapeamento. Para tanto, realiza uma revisão sistemática com vistas a identificar na literatura a existência de estudos primários abordando tal temática. Após a busca por publicações na base de dados virtual da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram analisados dez artigos, que revelaram alguns dos principais temas explorados, tais como: “Avaliação de Tecnologias de Saúde - ATS”, “Teorias de Tomadas de Decisão”, “Uso de Evidências para a Tomada de Decisão no SUS” e “Uso de Metodologia de Análise de Decisão Multicritério - MCDA”. A revisão sistemática possibilitou evidenciar que há escassez de estudos sobre a tomada de decisão no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo esse, portanto, um campo de pesquisa que deve ser explorado.

O terceiro capítulo aborda os conceitos de “integralidade”, “integração” e “coordenação” entre diferentes níveis de cuidado como questões complementares em diferentes dimensões e ângulos de análise. São apontados três modelos sobre a atenção integrada, incluindo os tipos de integração, sua amplitude, nível, grau, processo, objetivos, mecanismos e instrumentos utilizados para seu alcance. Por fim, é destacada a formação de redes integradas de serviços de saúde no SUS como caminho para superar a fragmentação da atenção à saúde, principalmente no que se refere às doenças crônicas.

O quarto capítulo aponta que um dos principais desafios na atenção primária em saúde é o acesso às unidades de saúde da família.

Contudo, algumas regiões do Brasil começaram a ofertar, na atenção básica, horários estendidos. A cidade do Recife, a partir de 2013, criou Equipes de saúde da família com novos arranjos operacionais, denominadas "Upinhas 24 horas" e "Upinhas dia", visando estender o horário de atendimento das áreas adscritas. Tais modelos, no entanto, parecem contribuir para a fragmentação do cuidado, dada a tendência de caráter desarticulado na assistência prestada.

O quinto capítulo analisa os mecanismos de integração dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) na Rede de Atenção à Saúde do Recife, os quais possuem uma demanda crescente e o desafio de garantir continuidade de cuidados à população de forma integrada aos diferentes níveis de atenção à saúde. Evidenciou-se que os mecanismos empregados abrangem os SAD superficialmente, gerando desarticulação assistencial, que implica negativamente na integração. A continuidade informacional foi vista a partir de mecanismos ratificados no cenário nacional, marcados pelo desafio de inclusão dos SAD e superação de barreiras estruturais e gerenciais. Destaca-se, também, o potencial dos SAD em concretizar práticas de saúde pautadas na integralidade no SUS, considerando sua possibilidade de articulação com os diversos atores componentes da Rede de Atenção à Saúde.

O sexto capítulo apresenta uma análise da inserção e efetividade dos novos modelos de gestão da saúde em municípios da I Região de Saúde de Pernambuco, a partir da análise comparativa de seis indicadores de saúde e de financiamento do SUS. A partir da análise dos resultados, foi encontrada baixa significância estatística, que não permite concluir que os novos modelos são mais eficientes que os modelos tradicionais.

O sétimo capítulo faz uma revisão sistemática das parcerias público-privadas no âmbito hospitalar e destaca que, desde o final dos anos 1990, há uma ampla expansão de modelo de gestão hospitalar público baseado na administração privada em todo o território nacional. Entretanto, como qualquer outra tecnologia no setor saúde, é relevante a busca de evidência que assegure que a gestão das instituições públicas por organizações privadas seja mais eficiente

e apresente melhor desempenho. Todavia, após análise de mais de 1060 documentos, com validação entre pares, não ficou clara qual a vantagem da mudança de um modelo de gestão pública para a administração por organizações privadas dos serviços hospitalares no tocante à eficiência.

O oitavo capítulo objetiva explicar o funcionamento econômico e a concepção jurídica da saúde como um bem público a partir de uma visão interdisciplinar. Para isso, evidencia a problemática na aplicação das leis do livre mercado à saúde, o que dá ensejo à necessária regulação pública; por outro ângulo, expõe defeitos nos processos históricos da regulamentação legislativa e operacionalização pela jurisprudência, demandando nova modelagem decisória para a prestação do serviço de saúde no Brasil.

O nono capítulo aponta que a real necessidade de ações e serviços de saúde para a população não é facilmente equacionada pelo poder público. Historicamente, utilizam-se indicadores de produtividade ou mesmo de tempo de espera para a tomada de decisão sobre novos investimentos para a expansão das ações de saúde. Contudo, na saúde, a oferta orienta demanda, e há um ciclo vicioso que poderia ser mitigado com mais integração da vigilância em saúde ao modelo de atenção, associando a regulação da oferta de serviços de saúde de maneira ágil e flexível às situações cotidianas, com suporte de novas tecnologias baseadas em ciência de dados disponíveis na atualidade.

O último capítulo analisa a agenda política governamental no SUS e seus desdobramentos sobre a rede de serviços públicos de saúde, apresentando elementos sobre o contexto político e institucional. O capítulo se concentra no período de introdução e priorização das Reformas de Segunda Geração do SUS na agenda política dos governos estaduais, com os fatores intervenientes desse processo e seus desdobramentos sobre o acesso aos serviços e gastos públicos em saúde.

Esperamos, sobretudo, que este livro seja útil e, de alguma forma, incorpore discussões e experiências significativas no sentido de buscar continuamente evidências empíricas e reflexões quanto às inovações da gestão pública em saúde. Isso é imprescindível para produzir

melhores resultados, principalmente para o planejamento e a tomada de decisão fundamentada nas ações e serviços de saúde pública. O bom conhecimento é aquele que, além de ser compartilhado, é passível de análise crítica; e isso é valioso para o aperfeiçoamento da gestão do SUS e do nosso trabalho de pesquisa.

Os organizadores

Autores

Ana Paula Cavalcante de Oliveira

Enfermeira. Doutora em Saúde Internacional pela Universidade Nova de Lisboa. Consultora da Opas/OMS.

Bruna Rafaela Vicente da Silva

Psicóloga Sanitarista. Membro do grupo de pesquisa em governança de sistemas e serviço de saúde do instituto Aggeu Magalhães - Fiocruz/PE

Cláudia Maria dos Santos Pereira

Enfermeira. Mestre em saúde pública. Enfermeira Estatutária do Município do Recife. Gerente do Distrito Sanitário VIII na SMS/Recife/PE

Eduardo Henrique de Melo

Cirurgião-Dentista. Doutor em Odontologia. Docente da Asces Unita

Eliane Maria Medeiros Leal

Enfermeira sanitarista. Doutoranda em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz/PE. Enfermeira Estatutária do Instituto Municipal de Estratégia da Saúde da Família, Porto Alegre/RS

Francisco de Assis da Silva Santos

Fisioterapeuta Sanitarista. Doutor em Saúde Pública. Docente da Universidade Federal de Pernambuco e do Centro Universitário Tabosa de Almeida

Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Médico. PhD em Políticas Públicas pela Universidade de Manchester. Pesquisador do Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Hélder Freire Pacheco

Enfermeiro Sanitarista. Doutorando em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Jaslene Carlos da Silva

Enfermeira. Mestre em saúde pública. Enfermeira Estatutária do Hospital Correia Picanço. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes

Jéssica Mascena de Medeiros

Fisioterapeuta sanitarista. Mestre em Saúde Pública (FIOCRUZ/PE) e doutoranda em Saúde Coletiva (UFSC). Fisioterapeuta do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU-UNIVASF/ EBSERH)

João Pedro Sobral Neto

Biomédico Sanitarista. Especialista em Saúde Coletiva. Mestrando em Saúde Pública do Instituto

Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Louisiana Regadas de Macedo Quinino

Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora Instituto Aggeu Magalhães/ Fiocruz/ PE

Michelle Vieira Fernandez

Cientista política. Doutora em ciência política pela Umiversidade de Salamanca. Pesquisadora do Instituto de Ciência Política da Universidade de Brasília e Pesquisadora-colaboradora do IAM/ Fiocruz

Pauline Cristine da Silva Cavalcanti

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil. Docente do Instituto Federal de Pernambuco campus de Abreu e Lima.

Roseane da Silva Lemos

Nutricionista Sanitarista. Doutoranda em Inovação Terapêutica pela Universidade Federal de Pernambuco

Simone Cristina da Costa Ferreira

Assistente Social. Doutora em Serviço Social. Pesquisadora e Docente da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz/ RJ

Sydia Rosana de Araújo Oliveira

Cirurgiã Dentista. Doutora em Saúde Pública. Docente do Instituto Aggeu Magalhães/ Fiocruz/ PE

Vitor Gomes Dantas Gurgel

Advogado. Bacharel em Direito pela Faculdade de Direito do Recife/UFPE. Membro do grupo de pesquisa em Direito do Trabalho e Teoria Social Crítica pelo CNPq/UFPE, vinculado a Rede Nacional de Pesquisas e Estudos em Direito do Trabalho e da Seguridade Social (RENAPEDTS)

Sumário

1 Gestão do conhecimento na saúde pública brasileira 17

Pauline Cristine da Silva Cavalcanti, Eliane Maria Medeiros Leal e Garibaldi Dantas Gurgel Junior

2 A tomada de decisão em políticas públicas de saúde: uma revisão sistêmica a partir de estudos realizados no Brasil 41

Pauline Cristine da Silva Cavalcanti e Michelle Vieira Fernandez

3 Integralidade, integração e coordenação do cuidado: um ensaio teórico sobre redes integradas no SUS e proposta de um modelo de análise 73

Jéssica Mascena de Medeiros e Garibaldi Dantas Gurgel Junior

4 Os diferentes arranjos organizacionais da estratégia de saúde da família no município do Recife-PE 92

Cláudia Maria dos Santos Pereira, Jaslene Carlos da Silva, Louisiana Regadas de Macedo Quinino e Sydia Rosana de Araújo Oliveira

5 Mecanismos de integração dos serviços de atenção domiciliar na Rede de Atenção à Saúde em Recife/PE 116

Jéssica Mascena de Medeiros, Garibaldi Dantas Gurgel Junior , Sydia Rosana de Araújo Oliveira e Simone Cristina da Costa Ferreira

6 Novos modelos de gestão de saúde nos municípios de Pernambuco: estudo de caso e resultados na I Região de Saúde 140

João Pedro Sobral Neto, Francisco de Assis da Silva Santos, Roseane da Silva Lemos e Bruna Rafaela Vicente da Silva

7 Parceria público-privada na gestão hospitalar: uma revisão sistemática 165

Francisco de Assis da Silva Santos, Eduardo Henrique Melo, Ana Paula Cavalcante de Oliveira e Hélder Freire Pacheco

8 Análise econômica da saúde e implicações jurídicas no contexto das reformas setoriais: por que o livre mercado não pode chamar a saúde carinhosamente de "meu bem" 184

Vitor Gomes Dantas Gurgel

9 Reflexões para o debate sobre inovações e novos modelos de atenção no contexto das crises e reformas que atingem o SUS 210

Francisco de Assis da Silva Santos

10 A segunda geração de reformas no SUS: uma análise das prioridades da agenda intergovernamental no Brasil 237

Simone Cristina da Costa Ferreira e Garibaldi Dantas Gurgel Junior

1

Gestão do conhecimento na saúde pública brasileira

Pauline Cristine da Silva Cavalcanti
Eliane Maria Medeiros Leal
Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Introdução

Nos últimos anos, o desenvolvimento da tecnologia, a evolução das comunicações e as descobertas de novos conhecimentos vêm promovendo rápidas transformações no mundo, impactando profundamente na sociedade, na política, na economia e no meio ambiente. Vivemos na *"Era da Informação e do Conhecimento"*, na qual é cada vez mais comum se deparar com pessoas bem informadas, exigentes e mais competitivas, devido à facilidade e ao rápido acesso à informação, como resultado dos avanços tecnológicos (KARAMITRI; TALIAS; BELLALI, 2017; ROCHA *et al.*, 2012; OPAS, 2009).

O conhecimento, por sua vez, está em expansão e possui um caráter bastante mutável, possibilitando o acelerado surgimento de novas teorias, descobertas e inovações. No entanto, a condição para tudo isso é a existência do próprio homem, reconhecido como o lócus onde reside o conhecimento acumulado socialmente, por sua capacidade de criar substratos que propiciam a inovação, o crescimento ou mesmo a sustentabilidade das organizações (KARAMITRI; TALIAS; BELLALI, 2017; ROCHA *et al.*, 2012; SVEIBY, 1998; NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

Na atualidade, o conhecimento tem um papel central para as organizações, sobretudo devido à crescente aceitação de que é um recurso estratégico, fundamental para a resolução de problemas e tomada de decisões mais assertivas (ROCHA *et al.*, 2012; OPAS, 2009), cuja gestão eficaz tende a maximizar o desempenho organizacional (KARAMITRI; TALIAS; BELLALI, 2017; SENGE, 1990).

Esse panorama global fez com que as organizações experimentassem novos desafios nos seus processos de gestão do conhecimento, na perspectiva de produzir melhores resultados no desempenho organizacional. A abertura para o debate em torno da gestão do

conhecimento (GC) vem sendo fortemente impulsionada, em grande medida, pelo reconhecimento da importância da revisão dos modelos de gestão para lidar com a necessidade de constante adequação à nova realidade em processo rápido de transformação.

Como consequência, no final do século XX, estudos passaram a explorar possibilidades da GC como um processo gerencial estratégico capaz de alavancar o desempenho organizacional e destacar a centralidade do papel do indivíduo no desenvolvimento das atividades das organizações, sobretudo com o advento de novos recursos tecnológicos (STRAUHS, 2012). Desde então, o interesse em pesquisar esse processo vem se intensificando nas diversas áreas, e as organizações têm apostado nessa estratégia com a crença no seu potencial de promover os avanços necessários para alcançar os objetivos estratégicos desejados (KARAMITRI; TALIAS; BELLALI, 2017; ROCHA *et al.*, 2012; OPAS, 2009).

Embora esse debate tenha iniciado mais tardiamente no Brasil, em comparação a outros países (STRAUHS, 2012), atualmente algumas organizações, públicas e privadas, se esforçam para recuperar o tempo perdido. Como resultado, o acúmulo acerca da GC no País vem aumentando nas últimas décadas, o que fica cada vez mais claro à medida que as organizações a incorporam como estratégia institucional, traçando ações para a sua implementação (ROCHA *et al.*, 2012; OPAS, 2009). Ademais, o processo de reformas estruturais em curso, ao longo dos últimos 30 anos, e principalmente na sua segunda geração de mudanças institucionais mais profundas, sobrevaloriza aspectos vinculados à necessidade premente de produção constante de inovações, fruto do processo de produção científica, como saída para crises recorrentes.

No campo da saúde, o interesse sobre a GC segue a tendência de aumento progressivo, evidenciado pelos crescentes estudos voltados à temática e pela existência de diversas experiências de implantação de iniciativas nessa lógica. Mesmo assim, pode-se dizer que ainda são poucas as organizações e/ou serviços de saúde que possuem algo revestido de tal intencionalidade (ROCHA *et al.*, 2012; OPAS, 2009), embora os centros de estudos e outras estruturas assemelhadas no campo da ciência e tecnologia participem desse esforço de produção

científica em articulação com programas de formação profissional no âmbito dos sistemas público e privado de saúde.

Nesse sentido, a GC desponta como uma estratégia fundamental para a transformação do cenário atual de desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil (BATISTA, 2012) e como possibilidade de organizar os conhecimentos gerados pelas próprias organizações em saúde (ROCHA, 2012). No âmbito da saúde pública, a implantação de estratégias de GC pode contribuir no enfrentamento dos desafios e problemas já conhecidos ou, até mesmo, inesperados que atingem o Sistema Único de Saúde (SUS), favorecendo colocá-lo em outro patamar, diante da necessidade de garantir sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica (PAIM *et al.*, 2011).

Diante do exposto, este ensaio tem o intuito de refletir sobre a temática da CG na saúde pública no Brasil. Inicialmente, são apresentados aspectos teóricos e conceituais essenciais sobre o tema e, em seguida, propõe-se um debate com argumentos que apontam tal estratégia como possibilidade para avançar no uso do conhecimento, visando contribuir na condução das políticas públicas de saúde diante dos seus desafios atuais.

Aspectos teóricos e conceituais da gestão do conhecimento

A GC é uma daquelas temáticas polêmicas, que tende a gerar muitos debates, dúvidas e controvérsias. Alguns acadêmicos e gestores afirmam que não existe uma área acadêmica própria de GC, sendo apenas uma forma diferente de falar da Ciência da Informação. Entretanto, tantos outros e algumas instituições que se opõem a esse entendimento acreditam na especificidade da área, destacando inúmeras diferenciações e aplicações particulares (OPAS, 2009).

Na Ciência da Informação, há certo consenso que define a informação como o objeto de estudo da área, devendo ser trabalhada a partir de abordagens e enfoques desse campo do conhecimento, conceitualmente associada à Tecnologia da Informação (TI), com origem na área de processamento eletrônico de dados, que possui meios para sua sistematização (COELHO, 2004).

Defensores da especificidade da CG explicam que o seu foco não está na informação, pois a entendem como substrato para o conhecimento. Nessa perspectiva, as informações são dados com relevância à situação do receptor, logo, a sua existência é condição para dar sentido ou valor. Dessa forma, o ser humano se destaca como elemento central, porque é ele quem decide o que vai fazer com a informação, sendo o único capaz de interpretar e tornar comunicável. Se para a GC o próprio conhecimento é o objeto das suas práticas, somente a partir do homem é possível ser desvelado, tornando-o acessível aos outros, podendo ser criticamente considerado (OPAS, 2009; COELHO, 2004).

Já os recursos tecnológicos, muito utilizados na GC, não devem ser confundidos com ela, mesmo que, em alguma medida, possam influenciar e controlar seus processos. Eles fazem parte do sistema de apoio, são a infraestrutura para torná-la possível, sendo necessária uma arquitetura que atenda às especificidades da organização. Diante disso, considera-se uma visão restrita ou parcial aquela que relaciona a GC exclusivamente às práticas e ferramentas de TI, que, embora sejam componentes estratégicos para tal, são apenas meios para a sistematização do conhecimento (BATISTA; 2012; OPAS, 2009; COELHO, 2004).

As diferentes visões sobre o tema provocam intensos debates e disputas com relação aos seus aspectos conceituais, sua aplicação e abrangência (COELHO, 2004). Existem, consequentemente, várias compreensões sobre a GC; apesar de seu uso não ser algo novo, ela permanece carregada de múltiplos significados e, no presente, passa por novas interpretações e reformulações. Portanto, trata-se de um desafio atual entender e consolidar esse conceito. Em função disso, as breves definições apresentadas a seguir visam situar o debate para uma melhor compreensão dos principais aspectos conceituais e das suas características.

A GC é o processo sistemático de busca, seleção, organização, análise e disponibilização do conhecimento, de modo que possibilite aos trabalhadores de uma organização a compreensão necessária e suficiente sobre um assunto ou área de interesse específico (KNOWLEDGE MANAGEMENT GLOSSARY, 1999).

De acordo com Batista (2012), a GC abrange um conjunto de práticas articuladas que visam melhorar o desempenho organizacional por meio de produção, retenção, disseminação, compartilhamento e aplicação do conhecimento dentro das organizações e na relação delas com o mundo exterior.

Segundo Terra (2001, p. 245), a "GC é, em seu significado atual, um esforço para fazer com que o conhecimento de uma organização esteja disponível para aqueles que dele necessitem dentro dela, quando isso se faça necessário, onde isso se faça necessário e na forma como se faça necessário, com o objetivo de aumentar o desempenho humano e organizacional".

Nessa lógica, a GC corresponde ao esforço para melhorar o desempenho de ambos, por meio da facilitação de conexões significativas, caracterizadas por um processo dinâmico e social que envolve mudanças contínuas nas habilidades e na aquisição de conhecimento (TERRA; GORDON, 2002). Busca capturar a experiência coletiva da organização e sua sabedoria, incluindo o conhecimento tácito dos indivíduos, para torná-lo acessível e útil a todos da organização.

A GC é, então, uma forma de questionar o modelo de gestão tradicional, que já não responde de maneira eficiente às demandas provocadas pelas rápidas mudanças no mundo das organizações. Dessa forma, pode ser compreendida como um novo modelo de gestão organizacional, que envolve um processo contínuo e sistemático de aprendizagem, voltado para a geração de conhecimento e inovação, visando produtos e serviços ou soluções práticas (COELHO, 2004; NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

De modo geral, pode-se dizer que as definições carregam os concorrentes pontos de vista sobre a GC. Alguns enfocam mais aspectos do gerenciamento de informações, ferramentas e recursos, relembrando a estreita relação com a tecnologia; outros se concentram numa visão que ressalta o estabelecimento e manutenção de um ambiente propício à criação e ao aprendizado, enfatizando fatores como confiança das pessoas, capacidade de aprendizagem, compartilhamento de informações (ORZANO *et al.*, 2008).

Modelos teóricos de gestão do conhecimento

Muitos especialistas desenvolveram modelos teóricos objeto de inúmeros processos de validação científica para alavancar o conhecimento organizacional. Portanto, existem várias formas para gerenciamento do conhecimento, o que demonstra também que não há uma fórmula pronta a ser seguida por todas as organizações. A seguir, estão descritos brevemente os modelos de Nonaka e Takeuchi (1997), Davenport e Prusak (1998), Karl Sveiby (1998) e Peter Senge (1990).

O Modelo de Nonaka e Takeuchi (1997)

Nonaka e Takeuchi são considerados clássicos no estudo da criação do conhecimento nas organizações japonesas; sua obra permanece como uma importante influência para muitas teorias contemporâneas. Para eles, um elemento fundamental à GC é a "criação do conhecimento", definida como a capacidade que uma instituição ou empresa possui de criar novos conhecimentos, disseminá-los na organização e incorporá-los em novos processos, produtos, serviços e sistemas (NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

Os autores afirmam que o processo de criação do conhecimento inclui duas dimensões: a ontológica e a epistemológica. Na dimensão ontológica, o conhecimento só pode ser criado por indivíduos, pois a organização, por si só, não é capaz de gerar conhecimento, devendo apoiar os indivíduos criativos e proporcionar condições para a sua gênese (NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

Já na dimensão epistemológica, há dois tipos de conhecimentos: o tácito e o explícito. O conhecimento tácito é pessoal, específico ao contexto e difícil de ser formulado e comunicado. Ele existe dentro de cada um de nós, consequência do que sabemos, do que observamos e de como processamos a informação. Faz parte do conhecimento individual relacionado à experiência acumulada no decorrer do tempo e que envolve crenças pessoais, perspectivas, valores, bom senso, *insights*, intuições, emoções, habilidades (NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

O conhecimento explícito refere-se ao conhecimento transmitido pela linguagem formal e sistemática. Centra-se no modo dominante de conhecimento na tradição filosófica, sobretudo no Ocidente. Representa tudo que pode ser registrado de alguma forma, isto é, tudo aquilo possível de ser rastreado, gravado, documentado e salvo. Diz respeito às taxonomias e regras, o que está escrito em livros e documentos (NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

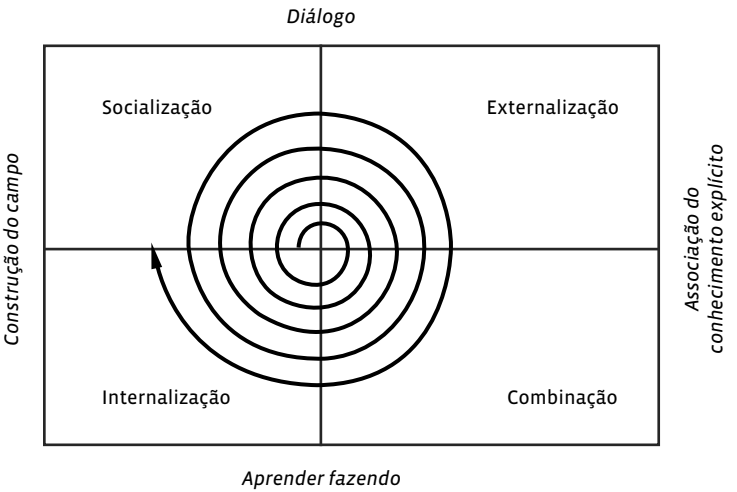
Com base nisso, o modelo de criação do conhecimento organizacional de Nonaka e Takeuchi (1997), denominado "Espiral do conhecimento", constitui-se numa abordagem fundada na tradição filosófica oriental, que valoriza e integra os vários tipos de conhecimentos, destacando a inovação e a criação de novos conhecimentos organizacionais como derivadas da conversão do conhecimento tácito em explícito (NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

De acordo com o modelo, o conhecimento humano é criado e expandido por meio da interação social entre o conhecimento tácito e o explícito, sendo este o meio para a "conversão do conhecimento". Tal conversão é explicada utilizando a figura de um "espiral", que reflete as fases e interligações entre os dois tipos de conhecimento, a partir de retroalimentação contínua entre ambos. Esse processo se fundamenta em quatro etapas, conhecidas como "SECI": a "socialização", a "externalização", a "combinação" e a "internalização" (figura 1).

A primeira etapa, "socialização", é momento no qual o conhecimento tácito permanece tácito. Os indivíduos aprendem mediante a observação, a imitação e a prática, sem necessidade de verbalização. Na etapa de "externalização", o conhecimento tácito torna-se explícito, expresso na forma de analogias, conceitos, hipóteses ou modelos (NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

Na terceira etapa, a "combinação", o conhecimento explícito permanece explícito. Os indivíduos trocam e combinam conhecimentos por meio de documentos, reuniões, conversas ao telefone ou com auxílio de computadores e, consequentemente, ocorre um processo de sistematização de conceitos. É na fase de "combinação" que o conhecimento passa do grupo para a organização (NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

Figura 1 – Espiral do conhecimento



Fonte: Nonaka e Takeuchi (1997).

A última etapa é a "internalização", na qual ocorre o processo de conversão do conhecimento explícito em tácito. O conhecimento gerado na etapa anterior precisa ser internalizado para que outros novos possam surgir. Assim, finalmente, o conhecimento passa da organização para o indivíduo, idealmente incorporando-se a suas práticas (NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

O conhecimento evolui do tácito para o explícito e novamente para o tácito, a partir do compartilhamento de práticas e experiências, mediante processos formais e não formais. Nessa dinâmica, o processo de criação e aprendizado é incremental e contínuo, propiciando alcançar níveis cada vez mais altos e expandindo para toda a organização.

O Modelo de Davenport e Prusak (1998)

Para Davenport e Prusak (1998), os conhecimentos são encontrados dentro das pessoas, nos documentos, nos repositórios, nas normas, nos processos e nas práticas. Os recursos de TI são compreendidos

como ferramentas que facilitam o trabalho em rede, contribuindo para o tratamento e a descentralização dos conhecimentos.

Os autores explicam que há um "mercado do conhecimento", onde se identifica e rastreia o local do conhecimento. A sua utilização obedece à lei da oferta e da demanda: os "compradores" negociam o produto ou serviço com os "vendedores", detentores dos conhecimentos (DAVENPORT; PRUSAK, 1998).

Nesse modelo, o processo de GC pode ser gerenciado por meio de três etapas: "geração", "codificação" e "transferência do conhecimento". A primeira etapa é aquela que permite a interação, possibilitando a troca de informações e a sua transformação em conhecimentos. Essa etapa pode constar, ainda, de cinco modos de gerar o conhecimento: "aquisição", "recursos dedicados", "fusão", "adaptação" e "rede de conhecimento" (DAVENPORT; PRUSAK, 1998).

A "codificação" é a etapa que serve para converter o conhecimento em formatos acessíveis e aplicáveis à organização, o que permite a apreensão e transformação do conhecimento tácito em explícito. A etapa final, de "transferência", propõe, além de estratégias formais para o compartilhamento de conhecimento, outras mais específicas, visando incentivar trocas espontâneas entre os indivíduos (DAVENPORT; PRUSAK, 1998).

O Modelo de Karl Sveiby (1998)

O modelo de Sveiby (1998) considera que a nova riqueza das organizações são os ativos intangíveis, referidos como "invisíveis" da organização: não possuem existência física mas, por seu valor e dignidade, não podem ser atacados e devem permanecer intactos, inalteráveis e indestrutíveis. Nesse modelo, os ativos intangíveis consistem na "competência do funcionário", na "estrutura interna" e na "estrutura externa" da organização. Os dois primeiros juntos são a própria organização.

A "competência do funcionário" revela a sua capacidade de agir mediante as situações para criar ativos tangíveis (representam o patrimônio físico material – edifícios, equipamentos, inventário etc.) e

intangíveis. São as competências individuais: as experiências, a capacidade de liderança, o que o indivíduo sabe e o que ele sabe fazer (SVEIBY, 1998).

Já a "estrutura interna" é composta por patentes, conceitos, modelos e sistemas administrativos e de computadores, além da cultura ou espírito organizacional. Por fim, a "estrutura externa" envolve relações com clientes e fornecedores, marcas registradas e a reputação ou a imagem da empresa. O seu valor é determinado basicamente pelo grau de satisfação do cliente com relação à empresa. Sendo assim, as reputações e as relações podem mudar ao longo do tempo (SVEIBY, 1998).

O Modelo de Peter Senge (1990)

Senge (1990) acredita que, para as organizações se manterem inovadoras e competitivas, devem transformar-se em "organizações que aprendem" ("*learning organization*"), com capacidade de aprendizado gerativo e de aprendizado adaptativo, de modo a exercitarem a sua competência e inteligência coletiva para responder aos ambientes interno e externo. Essas organizações proporcionam condições para que as pessoas cresçam, desenvolvam-se e preencham o seu potencial. Desse modo, os indivíduos estão constantemente aprendendo de forma coletiva e são encorajados a pensar.

Nesse modelo, a organização, que aprende e gera conhecimento, precisa passar por profundas mudanças e deve implantar um novo estilo gerencial baseado em cinco disciplinas: "domínio pessoal", "modelos mentais", "visão compartilhada", "aprendizado em grupo" e "pensamento sistêmico" (SENGE, 1990).

- O "domínio pessoal" permite esclarecer continuamente e aprofundar o objetivo pessoal, concentrar nossas energias, desenvolver a paciência e ver a realidade de maneira objetiva.
- Os "modelos mentais" são fruto de ideias arraigadas, paradigmas ou mesmo imagens que influenciam na forma de encarar o mundo e nossas atitudes. Tais modelos definem como o indivíduo vê o

mundo e percebe as coisas à sua volta. Por isso, devem ser questionados e identificados pela organização, pois podem facilitar ou bloquear seu desenvolvimento.

- A "visão compartilhada" pressupõe que os indivíduos membros da organização percebam-se como parte dela. Logo, os valores, compromissos e objetivos são compartilhados com outros indivíduos da organização.
- A "aprendizagem em grupo" envolve o diálogo e a capacidade de cada pessoa dividir o que sabe, a sua opinião com o grupo e, a partir da contraposição de ideias, emergir um raciocínio em grupo.
- O "pensamento sistêmico" é a quinta disciplina, que integra todas as outras. Trata-se do elo para fundir a teoria e a prática. Visa compreender a organização como um sistema aberto, formado de múltiplos subsistemas em interação, com conexões múltiplas, variadas e complexas. Ajuda a enxergar as coisas como parte de um todo, e não isoladamente, a criar e mudar a sua realidade.

As definições e modelos descritos mostram que, dentre os principais objetivos da GC, encontram-se o aprendizado e o desenvolvimento das competências. Em vista disso, o processo educacional permanentemente proposto deve visar à transformação da forma e do conteúdo institucional por meio da reorganização dos fluxos, dos procedimentos e do uso de ferramentas de informação e comunicação, possibilitando o aprimoramento contínuo dos profissionais, de maneira a aprimorar competências técnicas específicas.

Para a organização conseguir alavancar seu potencial, é importante não só o estabelecimento de estratégias para o gerenciamento do conhecimento, mas também o fomento ao compartilhamento para a invenção de novos conhecimentos, com estímulo ao diálogo e à troca de experiências como mecanismos de aprendizagem, na perspectiva de tornar explícito o que é tácito (ROCHA *et al.*, 2012).

Além disso, para que a GC produza efeitos práticos nas organizações, deve estar ancorada pelas decisões e compromissos da alta administração, a respeito das iniciativas necessárias em termos de

desenvolvimento estratégico e organizacional, investimento em infraestrutura tecnológica e cultura organizacional (ROCHA, 2012).

Por fim, conclui-se, a partir da análise desses modelos, que a CG só é possível a partir do envolvimento e compromisso de todos que fazem parte da organização e se colocam à disposição para produzir, compartilhar e reconstruir coletivamente o conhecimento interno, com abertura também para o reconhecimento e a captação de novos conhecimentos e processos de inovação externos, agindo de forma interativa e comunicativa (KARAMITRI; TALIAS; BELLALI, 2017).

Comentários provisórios sobre a gestão do conhecimento no Sistema Único de Saúde

O SUS é um sistema complexo e adaptativo, que desde a sua concepção tem convivido com diversos desafios para consolidação, seja em razão dos princípios propostos ou devido aos aspectos organizacionais, além da crônica restrição orçamentária que se configura como uma das principais barreiras políticas para a sua efetivação. Mas, apesar das críticas e dificuldades, deve-se reconhecer de forma inconteste que tal sistema de saúde é uma conquista do povo brasileiro, que alcançou resultados expressivos na saúde pública do País, garantindo avanços na qualidade de vida da população (PAIM *et al.*, 2011).

A imprevisibilidade e peculiaridades inerentes ao campo da saúde fazem com que os sistemas de saúde sejam transversalmente perpassados por transformações econômicas e políticas, sempre associadas às mudanças nas características demográficas e epidemiológicas da população. Nesse contexto, surgem permanentemente novos desafios à sua sustentabilidade por novos problemas em distintos níveis dessas organizações, com rebatimento na sua funcionalidade sistêmica, a exemplo das novas patologias emergentes, problemas associados a novos hábitos de vida e consumo, assim como os impactos humanos sobre o meio ambiente que se conjugam como novas formas de adoecimento na sociedade contemporânea. As formas de adoecer se modificam e se tornam mais complexas à medida que esses sistemas

públicos de saúde contribuem para uma vida mais longa retroalimentando tais desafios.

Historicamente, a saúde pública no Brasil se organizou para enfrentar questões específicas prioritárias, como o controle de doenças transmissíveis e a atenção materno-infantil, apenas para citar exemplos clássicos. Entretanto, nos dias atuais, a população segue envelhecendo rapidamente e as doenças crônico-degenerativas se tornam mais frequentes, associadas aos altos índices de mortalidade por causas externas e violência. Com isso, novos e crescentes desafios vêm-se acumulando ao longo do tempo, porém a forma como o sistema de saúde no Brasil está atualmente estruturado pouco tem dialogado com esse cenário complexo de crises recorrentes que afetam todo o setor saúde (PAIM *et al.*, 2011), sobretudo após décadas de reformas setoriais orientadas pelo mercado.

Por um lado, tais transformações podem levar a avanços significativos no campo da saúde. Ao longo dos últimos tempos, a saúde tornou-se um dos setores que mais absorvem novas tecnologias, com forte impacto sobre a economia. No entanto, esse cenário pode ocasionar distorções (LORENZETTI, 2012), decorrentes da acelerada busca por novos conhecimentos, aliada à incorporação de soluções tecnológicas e inovações, muitas vezes, baseadas apenas numa expectativa mercadológica ou na perspectiva ilusória de que esses são meios suficientes e condição precípua para solucionar os problemas existentes.

O próprio sistema de saúde brasileiro tem sofrido exaustiva pressão para incorporação tecnológica. Não há dúvida de que os avanços tecnológicos produzem uma variedade de produtos que podem auxiliar na melhoria das práticas e técnicas nos serviços de saúde (CAPUCHO, 2012; LORENZETTI, 2012). No entanto, frequentemente essa incorporação não passa por uma avaliação criteriosa, fundamentada numa necessidade real, atrelada à reorientação das políticas públicas ou, até mesmo, não leva em consideração a necessidade de qualificação do profissional para essa incorporação de forma segura.

Todo esse pano de fundo contribui para elevar a demanda por serviços e produtos de saúde, trazendo para o setor público um desafio

fundamental: garantir um sistema de saúde universal capaz de atender às novas necessidades da população, mediante um cenário em permanente disputa de concepções política, econômica, social e até mesmo cultural e ideológica não convergentes, provocando, em certa medida, urgência na busca de soluções pactuadas para os problemas decorrentes desse conflito de interesses com expressão no setor saúde.

Além disso, no setor público, a gestão em saúde se tornou mais complexa com a descentralização do SUS, ocorrida desde a primeira metade da década de 1990. Nesse período, houve expansão dos serviços de saúde, especialmente os que compõem a atenção básica, impondo aos gestores estaduais e municipais um novo papel (PAIM *et al.*, 2011), com isso, evidenciando a importância de profissionalizar quadros técnicos e administrativos para atuar nas secretarias e serviços de saúde.

As características específicas do setor de saúde, *per si,* posicionam as suas organizações entre as mais complexas do ponto de vista da sua coordenação e gerenciamento, exigindo mudança de postura e práticas de gestores e profissionais de saúde constantes. No entanto, acredita-se que, em certo grau, a incapacidade de lidar com problemas e soluções no setor saúde emerja da disputa política de fundo, o que traz à tona a necessidade de se estabelecer estratégias capazes de apoiar e direcionar soluções pactuadas adequadas aos problemas que desafiam o sistema de saúde brasileiro no mundo contemporâneo (SANTOS *et al.*, 2015).

Na busca por mais eficiência e resultados na gestão dos serviços públicos de saúde, parece inevitável e imperioso assumir pressupostos que impõem novos paradigmas que obrigam a modificar os enfoques e modelos tradicionais de gestão, potencializando as capacidades dos sujeitos – gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde (PAIM *et al.*, 2011).

Contudo, acredita-se que uma realidade só pode ser transformada por aqueles que têm capacidade de compreendê-la. E, nesse sentido, algumas questões se impõem: como o conhecimento pode ser gerido para a sustentação teórica e técnica das políticas de saúde no SUS? As organizações de saúde estão orientadas para captar esse conhecimento

e utilizá-lo? Há estímulo para o compartilhamento de conhecimentos e prática em todo o sistema público de saúde?

Diante dessas questões, a relevância da GC é inegável, sobretudo por ser uma forma para auxiliar as organizações de saúde a enfrentarem esse ambiente dinâmico, as contínuas transformações e os processos inovadores externos que afetam a área. Além disso, o setor da saúde lida com vários tipos de conhecimento, sendo essencial que tais organizações gerenciem com eficácia o conhecimento interno e o externo, oferecendo serviços de qualidade, buscando alcançar excelência e estimulando a inovação.

Para a saúde pública, a GC pode conferir mais eficiência no exercício de uma das suas principais funções: atuar em conformidade com as condições de saúde da população. Contudo, para sua operacionalização, existem múltiplas barreiras que envolvem as dimensões política e de gestão, tecnológicas e formativo-educacionais. Em 2009, a OPAS apontou alguns desafios para a GC no campo da saúde no Brasil que corroboram outros estudos (KARAMITRI; TALIAS; BELLALI, 2017; ROCHA *et al*., 2012). São eles:

- necessidade de criação de estratégias compreensivas sobre o que é a GC e quais seus valores;
- não utilização ou pouco uso do conhecimento e evidências científicas disponíveis no contexto das políticas públicas e aprimoramento do modelo de gestão da saúde;
- inadequação do uso de ferramentas e tecnologias para a disseminação de conhecimento e qualificação da gestão do sistema e dos serviços de saúde;
- não inclusão dos profissionais nas iniciativas de geração do conhecimento;
- ausência de comunicação eficiente e acessível entre gestores, técnicos, pesquisadores e sociedade.

Em síntese, diante do exposto, é possível afirmar que, não apenas no SUS, há um grave problema no gerenciamento de informação e de

conhecimento e em sua aplicação para a tomada de decisão. Embora o setor saúde produza um grande volume de dados e informações que podem auxiliar os gestores e profissionais na leitura da realidade, elas estão desorganizadas, dificultando ou limitando a sua utilização (OPAS, 2009). Os inúmeros sistemas de informação em saúde implantados no País são desarticulados e geram muitas informações repetidas, frequentemente divulgadas com atraso. Com isso, quando chegam aos possíveis interessados, as informações estão defasadas e, comumente, a forma como são disponibilizadas dificulta seu uso e compreensão.

Sabe-se que, ainda hoje, em muitas secretarias e serviços de saúde públicos, os processos são concebidos e realizados de forma manual, revelando-se bastante ultrapassados e não aproveitando parte do aparato técnico e tecnológico, dificultando o planejamento, o monitoramento, a avaliação e o compartilhamento de informações. Consequentemente, limitam a atuação de gestores e profissionais.

Esse tipo de situação compromete a capacidade de geração e utilização do conhecimento. Como consequência, observa-se que, nas organizações públicas de saúde do SUS, sobretudo no nível subnacional, não há uma cultura de uso dos dados e informações e os indivíduos não são incentivados ou não sabem utilizar/customizar as informações sobre saúde para subsidiar a tomada de decisão institucional (OPAS, 2009).

Esse cenário também implica uma questão crucial para o avanço das políticas de saúde no Brasil: a tomada de decisão com fundamento legal e pertinência institucional. Nesse sentido, a forma como os gestores costumam tomar as decisões que envolvem as políticas públicas no Brasil é bastante criticada. Para Santos (2015), esse processo ocorre de forma não estruturada, muitas vezes não embasada em conhecimento científico, refletindo no desempenho do sistema de saúde. Entende-se que, sem informação adequada, o processo decisório fica prejudicado, sendo pautado na intuição, na visão incompleta dos problemas e na falta de transparência.

Especificamente quanto à GC, pouco tem sido feito e os esforços que existem não são eficazes e suficientes para oferecer aos gestores

da saúde informação diretamente aplicável à formulação, à implementação e à avaliação das políticas.

Além disso, a articulação entre o uso do conhecimento científico e o processo de formulação no âmbito do SUS depende, dentre outros fatores, da sensibilização do gestor pelo tema e da implantação de estratégias e intervenções de saúde para resolver problemas específicos (GURGEL, 2007), considerando que esse tipo de conhecimento pode ajudar a inserir os reais problemas que atingem a área da saúde na agenda do gestor, com o intuito de resolvê-los (OXMAN *et al.*, 2009).

Integrar o conhecimento técnico-científico às políticas públicas não é uma tarefa fácil. Segundo Weiss, o uso do conhecimento científico no processo de formulação de políticas públicas pelos gestores possui uma função "iluminadora" para a política. O "Modelo iluminador" (*Enlightenment Model*), elaborado pela autora, compreende que a difusão de resultados da pesquisa se dá por canais formais e informais que têm como possíveis consequências a conversão de problemas em não problemas e vice-versa, gerando mudança de parâmetros sociais que afetam a tomada de decisão (WEISS, 1979; 1998).

O processo de decisão no SUS não é responsabilidade exclusiva de um indivíduo, está disperso e é, em grande parte, compartilhado por diversos atores (técnicos, gestores e usuários) nos espaços de governança institucional. Diante dos objetivos do sistema, torna-se mais um desafio para esses atores agir de forma colaborativa e articulada, respeitando os interesses particulares, em prol da gestão conjunta das políticas públicas de saúde.

Conforme Paim *et al.* (2011), os aspectos constituintes das políticas públicas de saúde vêm sendo objeto de decisão colegiada, com vistas a alcançar melhores resultados na saúde da população, definindo uma nova relação entre os Poderes da República brasileira. Os espaços políticos (conselhos de saúde e comitês intergestores) de governança institucional do SUS representam uma grande inovação na coordenação do sistema de saúde no Brasil, permitindo que mais atores com posições ideológicas e interesses mais diversos participem do processo de

compartilhamento de poder na tomada de decisão, com objetivo de apoiar a implementação das políticas de saúde.

Assim, pode-se dizer que essa configuração do processo de tomada de decisão permite a interação social (aspecto bastante valioso para a GC), colaborando para aproximar os indivíduos e colocar as experiências e conhecimento em análise, propiciando também a troca de experiências e saberes. Além disso, ajuda a dar visibilidade a inovações e experiências exitosas de indivíduos ou grupos em situações específicas, que podem ser entendidas como úteis e, até certo grau, sujeitas a revisões, complementações e novas experimentações para atender suas necessidades.

O SUS enfrenta problemas em várias dimensões. A implementação de mudanças na cultura organizacional das instituições de saúde é necessária. Para isso, a GC pode ser compreendida como uma estratégia válida e benéfica, tanto na esfera de gestão como para a coordenação de serviços assistenciais. Todavia, esse é um processo de difícil replicação, porque é único em cada organização (ROCHA *et al.*, 2012). Significa dizer que a implantação da GC em qualquer organização requer a leitura de si mesma e precisa estar adequada a sua realidade. Talvez por isso, os obstáculos para sua instituição parecem mais difíceis de serem enfrentados, pois as soluções demandam criatividade e capacidade de reinvenção.

No contexto nacional, pode-se dizer que as experiências de GC existentes são ainda formalmente incipientes e pontuais. Conforme verificado nas diversas referências utilizadas neste texto, a maior parte aposta em tecnologia da informação voltada para processos de disseminação do conhecimento e de evidências que, por si sós, não garantem a sua utilização pelo público-alvo. Nesse sentido, as condições para implantação e evolução das estratégias de GC no SUS deixam a desejar, sendo pouco fortalecidas por ações técnico-políticas conjuntas dos gestores, que, em sua maioria, não a compreendem e/ou desconhecem os desafios para a sua operacionalização nas organizações de saúde.

O caso da epidemia de Zika e microcefalia no Brasil como exemplo dos desafios em torno da gestão do conhecimento em saúde

Como forma de apoiar esse debate em meio a um caso concreto, será exposta rapidamente uma situação recente e analisadora para a GC no campo da saúde pública no Brasil: a epidemia de Zika e microcefalia ocorrida no Brasil em 2015. Diversos pesquisadores, profissionais de saúde, gestores e pessoas do mundo todo se perguntavam: o que estava acontecendo? Por que estava acontecendo? Como enfrentar a epidemia? Era preciso investigar, criar conhecimento, utilizá-lo, disseminá-lo e comunicá-lo, de forma rápida e inteligente.

À época, a epidemia foi primeiramente percebida e revelada por profissionais de saúde que se depararam com a ocorrência crescente de nascimentos de bebês com microcefalia e, a partir dos olhares atentos, do compartilhamento de informações e com base em conhecimentos empíricos, acionaram as autoridades sanitárias; estas, por sua vez, se deram conta da situação, sendo obrigados a agir (BRASIL, 2017).

A partir da declaração de Emergência de Saúde Pública de Interesse Nacional, houve uma enorme mobilização envolvendo diferentes ministérios e órgãos do Governo Federal, estados, municípios, comunidade acadêmica, indústria e sociedade civil. Esse evento alavancou diversas pesquisas; algumas delas duram até os dias atuais, com o intuito de melhor compreender o fenômeno (BRASIL, 2017).

Apesar de vários estudos já terem apresentado respostas significativas ao problema, especialmente do ponto de vista epidemiológico, ainda persistem importantes lacunas do conhecimento. Algumas dúvidas permanecem sem respostas até o momento, como a concentração de casos em certas regiões do País e a possibilidade de outros fatores supervenientes à infecção para o surgimento da microcefalia (BRASIL, 2017).

> Em um ano de surto de microcefalia e outras malformações atribuídas ao vírus Zika, os cientistas do Brasil e do mundo aprenderam muito. Foi um volume de conhecimento semelhante ao de três ou quatro décadas de estudos. Nunca se publicou tanto. Mesmo assim, não temos respostas e nem soluções para as centenas de mulheres

> que engravidaram e tiveram bebês com microcefalia. Nem para aquelas que ainda engravidarão e experimentam a incerteza de uma gestação saudável e de um parto sem sobressaltos. Não temos todas as respostas. (BRASIL, 2017, p. 9).

No contexto de uma epidemia como essa, a GC deve ser vista como um meio, uma estratégia para identificar o que já se sabe e pode ser aproveitado, bem como o que se precisa saber (e organizar o conhecimento) para lidar de forma inteligente. Nesse processo, algumas perguntas são relevantes: o que já foi feito? O que está sendo feito? O que ainda precisa ser feito? Quem irá fazer? Como será divulgado?

Mesmo sabendo que o inesperado não é incomum na saúde, as instituições que possuem formas de organizar o conhecimento e utilizá-lo para solucionar ou compreender uma ou mais questões específicas, ou reconhecer que não têm determinado conhecimento e buscá-lo, são capazes de agir de maneira mais estruturada e melhor direcionada, ainda que diante de um cenário desconhecido e impactante.

Conclusão

Neste texto, buscou-se mostrar os aspectos conceituais e a relevância da GC na saúde pública, analisando alguns desafios para a sua implantação no SUS. O sistema de saúde brasileiro é alvo de críticas em função das inúmeras dificuldades que impedem seu desenvolvimento. Nesse sentido, driblar a inércia e os problemas na busca pela superação dos obstáculos no contexto das políticas públicas e, mais especificamente, para adequação do modelo de gestão do conhecimento no País pode levar a novos caminhos e resultados não alcançados até o momento.

Observa-se que as iniciativas de GC ainda estão sendo incorporadas no âmbito institucional da saúde pública brasileira. Para o SUS, a implantação de modelos de GC pode auxiliar no gerenciamento do grande volume de informação, no fomento à cultura de utilização e na criação e disseminação do conhecimento para que as decisões sejam tomadas com mais qualidade, mais sustentadas em conhecimento e em experiências exitosas.

Parte importante desses desafios passa ainda pela incompreensão de que a implantação de iniciativas de GC pode ser bastante valiosa para o SUS, criando condições à utilização do conhecimento, de modo que seja aplicado nos processos de tomada de decisão, principalmente os relacionados à intervenção em situações de limites de riscos à saúde e à construção de políticas públicas voltadas para as reais necessidades de saúde da população. Ademais, apostar na GC permite também o fortalecimento da interação entre gestores, profissionais, rede de assistência, instituições de ensino e pesquisa, sociedade civil.

Por fim, apesar dos diversos problemas que, sabidamente, afetam o SUS, acredita-se que as organizações de saúde fazem parte de um ambiente rico em saberes, no qual as vivências e os encontros têm o potencial de promover diferentes contribuições à explicação dos problemas, possibilitando o surgimento de soluções inovadoras, que podem ser aplicadas em benefício de todos.

Referências

BATISTA, F. F. *Modelo de gestão do conhecimento para a administração pública brasileira*: como implementar a gestão do conhecimento para produzir resultados em benefício do cidadão. Brasília: Ipea, 2012. 132 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vírus Zika no Brasil*: a resposta do SUS. Brasília, 2017. 136 p. :il. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/virus_zika_brasil_resposta_sus.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

COELHO, E. M. Gestão do Conhecimento como sistema de gestão para o setor público. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 55, n. 1/2, p. 89-115, 2004.

DAVENPORT, T. H.; PRUSAK, L. *Conhecimento empresarial*: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

GURGEL, D. G. I. *A Pesquisa Científica na Condução de Políticas de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

KARAMITRI, I.; TALIAS, M. A.; BELLALI, T. Knowledge management practices in healthcare settings: a systematic review. *Int J Health Plann Manage*, v. 32, n. 1, p. 4-18, jan. 2017.

KNOWLEDGE RESEARCH INSTITUTE, INC. AND OTHER SOURCES. Know*ledge management glossary*. Disponível em: <www.knowledge-point.com. au/.../glossary.html>. Acesso em: 10 nov. 2017.

MENDONÇA, M. H. M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas e expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, 2010.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. *Criação do conhecimento na empresa*: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil*: avanços e perspectivas. Organizadores: MOYA, J.; SANTOS, E. P.; MENDONÇA, A. V. M. Brasília, 2009. 140 p. : il.

ORZANO, A. J. et al. Knowledge Management Model: Implications for Enhancing Quality in Health Care. *J Am Soc Inf Sci Technol*, v. 59, n. 3, p. 489-505, 2008.

OXMAN, A. D. et al. O que é elaboração de políticas baseadas em evidências? *Health Research Policy and Systems*, v. 7, n. Supl. 1, p. 1-22, 2009.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*, p. 11-31, 2011. Disponível em: <http:// download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pd>. Acesso em: 18 out. 2018.

ROCHA, R. S. B. et al. Gestão do conhecimento na saúde: revisão sistemática de literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, n. 20, mar.-abr. 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281422733024>. Acesso em: 19 jul. 2018.

SANTOS, F. D. A. et al. A definição de prioridade de investimento em saúde: Uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão. *Physis*, v. 25, n. 4, p. 1079-1094, 2015.

SENGE, P. M. *A quinta disciplina*. São Paulo: Best Seller, 1990.

STRAUHS, F. do R. et al. *Gestão do conhecimento nas organizações*. Curitiba: Aymará Educação, 2012.

SVEIBY, K. E. *A nova riqueza das organizações*: gerenciando e avaliando patrimônios de conhecimento. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

TERRA, J. C. C. *Gestão do conhecimento*: o grande desafio empresarial: uma abordagem baseada no aprendizado e na criatividade. São Paulo: Negócio, 2001.

TERRA, J. C.; GORDON, C. *Portais Corporativos*: a revolução na gestão do conhecimento. São Paulo: Negócio, 2002.

WEISS, C. H. Have We Learned Anything New About the Use of Evaluation? *American Journal of Evaluation*, Fair Haven, v. 19, n. 1, p. 21-33, 1998.

WEISS, C. H. The Many Meanings of Research Utilization. *Public Administration Review*, Washington, v. 39, n. 5, p. 426-431, 1979.

2

A tomada de decisão em políticas públicas de saúde

Uma revisão sistêmica a partir de estudos realizados no Brasil

Pauline Cristine da Silva Cavalcanti
Michelle Vieira Fernandez

Introdução

Um aspecto criticado na forma de gerir as políticas públicas no Brasil refere-se ao processo de tomada de decisão pelos gestores, que muitas vezes se sustenta em elementos desconhecidos ou frágeis, enfraquecendo a própria política pública ou mesmo inviabilizando-a ao longo da sua implementação.

Há um certo consenso de que a gestão da saúde pública no Brasil é um problema crônico, que se arrasta há décadas, sobretudo no que se refere à conformação de políticas públicas de saúde que busquem suprir as necessidades da sociedade brasileira. Segundo Santos (2015), a tomada de decisão no campo da saúde ocorre de forma não estruturada, e muitas vezes se baseia em opiniões. Esse *modus operandi* leva, com frequência, ao aumento dos problemas já conhecidos na condução do sistema de saúde.

Nessa perspectiva, este capítulo tem como objetivo mapear os estudos sobre tomada de decisão em políticas de saúde no Brasil e produzir um referencial teórico a partir desse mapeamento. Para isso, foi realizada uma revisão sistemática com vistas a identificar na literatura a existência de estudos primários que abordem tal temática.

O texto está dividido da seguinte forma: a primeira seção traz uma breve conceituação e debate sobre políticas públicas; a segunda parte do texto aborda, mais especificamente, as políticas de saúde; a seguir, apresenta-se uma breve discussão sobre tomada de decisão no campo da saúde, desenvolvendo um diálogo contextualizado relacionado com o Sistema Único de Saúde (SUS); a quarta seção do capítulo expõe as considerações metodológicas sobre a pesquisa realizada; a última seção apresenta os resultados da pesquisa e realiza um debate sobre os achados.

Políticas públicas: aspectos conceituais e principais características

O termo "políticas públicas" admite múltiplas definições, em função da própria pluralidade do seu campo de estudo, que atravessa diversas áreas e disciplinas (ESPERIDIÃO, 2018; FLEURY; OUVERNEY, 2008; VIANA; BAPTISTA, 2008; SOUZA; 2006). Longe de esgotar seu significado, o breve referencial a seguir visa situar o debate para uma melhor compreensão dos principais aspectos conceituais.

Retomando autores clássicos, Peters (1986) define "política pública" como a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação e influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984), por sua vez, afirma que política pública é o que o governo escolhe fazer ou deixar de fazer. Laswell (1936) afirma que definir "políticas" passa por responder quem ganha o quê, por que e que diferença isso faz. Portanto, não há uma definição única sobre o que seja política pública (SOUZA, 2003).

Ainda que exista uma ampla gama de entendimentos do que seriam políticas públicas, mesmo as definições mais minimalistas são desenvolvidas levando em consideração os governos, ou seja, o l*ó*cus onde os conflitos em torno de interesses, preferências e ideias são desenvolvidos (SOUZA, 2003).

Os componentes comuns às políticas públicas são os seguintes: a) institucional: autoridade formal legalmente constituída responsável por elaborar ou decidir sobre a política; b) decisório: a política concretiza-se a partir de um conjunto de decisões, relativo à escolha de fins ou meios, de longo ou curto prazo, como resposta a problemas e necessidades específicas; c) comportamental: implica ação ou inação e, quando se trata de ação, implica um curso de ação e não apenas uma decisão singular; d) causal: gera efeitos no sistema político e social (SARAIVA, 2006).

Mesmo que as políticas públicas sejam materializadas por intermédio dos governos, sua construção envolve diversos atores e diferentes níveis de decisão, e não se restringe apenas a participantes formais. Nessa perspectiva, a inclusão de atores informais no processo é considerada uma estratégia importante no sentido de evitar políticas emanadas unilateralmente do poder institucional (SOUZA, 2006).

Assim, as políticas públicas podem ser entendidas como o campo do conhecimento que busca colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação/intervenção e, quando necessário, propor mudanças. Na formulação das políticas, os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações visando produzir resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006). É nesse campo que se expressa a atuação dos governantes e gestores dotados de poder de decisão; suas influências e preferências recaem sobre a própria política em construção, quando incorporadas ou não.

As políticas públicas tratam do conteúdo concreto e do conteúdo simbólico de decisões políticas, do seu processo de construção e da atuação para a tomada de decisão. São diretrizes elaboradas para enfrentar um "problema público" – "problema" compreendido como uma situação inadequada, e "público", como algo relevante para a coletividade. Uma dada situação político-social só se encaixa nestes termos quando os atores políticos assim o consideram (SECCHI, 2012).

Portanto, as políticas públicas são elaboradas a partir de processos, conjuntos de decisões e ações desencadeadas por atores empoderados para esse fim, devendo ser orientadas para atingir um ou mais objetivos no enfrentamento de algum problema de natureza pública. Assim sendo, depois de desenhadas e formuladas, as políticas desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas. E, quando são implementadas, devem ser submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação (SOUZA, 2006).

Nesta perspectiva, Knoepfel *et al.* (2007) explicam que as políticas públicas decorrem da concatenação de decisões ou ações, tomadas por diferentes atores públicos e, ocasionalmente, privados – cujos recursos, nexos institucionais e interesses variam –, a fim de resolver um problema politicamente definido como público. E esse conjunto de decisões e ações produz atos formais, com diferentes graus de obrigações, destinados a modificar o cenário que origina o problema.

São compreendidas como políticas públicas tanto as diretrizes mais estruturantes (de nível estratégico) como as de nível intermediário ou mesmo operacionais. Desta forma, uma política pública pode, então, ser

composta de outras políticas públicas que servem para sua operacionalização. Em cada nível da política, há um entendimento distinto dos problemas e das soluções para enfrentá-los, e também uma configuração institucional diferente, com atores e interesses diversos (SECCHI, 2012).

As políticas públicas dizem respeito a tudo e a todos que vivem em sociedade, e sua construção envolve uma dinâmica complexa, na qual diversos elementos se misturam e tomam contornos que representam uma gama de ideias e interesses de vários atores. Assim, de forma resumida, pode-se dizer que essas políticas são iniciativas dos governos para suprir uma demanda, uma necessidade da sociedade, que supostamente é identificada e escolhida previamente à ação governamental (BAPTISTA, 2007). Política pública é, portanto, um conjunto de decisões governamentais, que tem como objetivo manter o equilíbrio social ou criar desequilíbrios com a finalidade de modificar a realidade.

As políticas de saúde no contexto brasileiro

As políticas de saúde comportam diferentes tipos de ações coletivas e individuais, realizadas por instituições públicas e privadas para responder ao risco de as populações adoecerem. Elas integram as políticas sociais e estão inseridas no sistema de proteção social de cada país. No último século, os países foram conformando modelos mais ou menos abrangentes de atenção à saúde, com diferentes graus de participação do Estado no financiamento e na provisão dos serviços e de regulação sobre os sistemas (VIANA; BAPTISTA, 2008).

No Brasil, a saúde pública historicamente partiu de um contexto no qual, durante muitos séculos, as diferentes formas de acesso e utilização dos serviços de saúde eram determinadas pela classe social do indivíduo. Com isso, parte da população dependia da filantropia ou caridade para aceder à atenção à saúde. A partir de 1923, com a Lei Elói Chaves, os trabalhadores que contribuíam para a previdência passaram a ter acesso aos serviços de saúde. Mas só muito tempo depois, no marco da nova Constituição Federal de 1988, foi criado um sistema universal no País, como resultado de um processo de lutas, conflitos e

contraposição de projetos políticos de poder no seio do Estado brasileiro (CARVALHO, 2013; VIANA; BAPTISTA, 2008).

Nos primórdios da saúde pública brasileira, o papel do Estado limitava-se a algumas ações de saúde diante de epidemias – campanhas de vacinação e/ou saneamento – e intervenções focadas em algumas doenças negligenciadas – doença mental, a hanseníase, a tuberculose e outras. Tempos depois, ampliou-se o atendimento às emergências e às internações gerais; o aumento das epidemias e da mortalidade infantil também levou o governo a expandir sua atuação (CARVALHO, 2013).

O cenário nacional mostra que o sistema de saúde público evoluiu bastante, especialmente a partir do início do século XX. Diversas disputas foram travadas, existiram episódios marcantes, como a *Revolta da Vacina*, e sucedeu o incompleto processo de *Reforma Sanitária*. Com o passar dos anos, a atuação do Estado foi-se expandindo, as estruturas burocráticas de gestão foram criadas, as políticas públicas foram instituídas e modificadas, refletindo o próprio contexto político, econômico, social e cultural de cada período histórico do País (PAIM *et al.*, 2011).

Há, nesse processo de construção, muitos interesses envolvidos, que terminam por determinar os rumos e o formato das políticas de saúde. Assim como as demais políticas sociais, essa está sujeita a múltiplos determinantes, muitas vezes contraditórios, o que ajuda a explicar a própria criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (FLEURY; OUVERNEY, 2008).

O SUS nasceu na contramão dos processos de reforma dos sistemas que ocorriam na época em diversos países do mundo. Enquanto, em outros países, as reformas estavam pautadas em propostas que surgiam como um freio à construção de sistemas protetores, mediante o ajuste da política com direcionamento para o enxugamento do papel do Estado e maior abertura do setor para o mercado, o SUS surgiu com a clara intenção de universalizar a proteção em saúde (PAIM *et al.*, 2011; FLEURY; OUVERNEY, 2008; VIANA; BAPTISTA, 2008; GERSCHMAN; SANTOS, 2006). Assim, no Brasil, tangenciando o cenário mundial, a Constituição Federal de 1988 incluiu a saúde como componente da seguridade social – juntamente à previdência social e assistência social –,

introduzindo a noção de "direitos sociais universais" como parte da condição de cidadania – todos têm acesso aos benefícios quando deles necessitam (FLEURY; OUVERNEY, 2008).

No modelo da seguridade social, o conjunto de políticas públicas surge inspirado no princípio de justiça social, garantindo a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital, socialmente estabelecido. Neste caso, o Estado desempenha um papel central tanto na administração como no financiamento do sistema, destinando recursos do orçamento público para a manutenção das políticas sociais. Já o setor privado está subordinado à regulação em função da relevância pública da área. Vigora, portanto, uma perspectiva "publicista" de cogestão entre o governo e a sociedade, num arranjo organizacional descentralizado (FLEURY; OUVERNEY, 2008).

O SUS é uma política pública, fruto do processo de redemocratização do País com a promulgação da Carta Magna em 1988. O sistema deve garantir a efetivação do direito à saúde dos cidadãos brasileiros, fundamentado em premissas como universalidade, equidade e participação social. Estrutura-se de modo descentralizado, com sua execução dependente de um conjunto de ações da União, estados e municípios, numa arquitetura de governança complexa, que exige a organização e interação entre os entes federados e a parceria entre o Estado e outros setores da sociedade para colaborarem na implementação das políticas (PAIM *et al*., 2011).

É sabido que, desde sua implantação, o SUS tem convivido com diversos desafios para sua consolidação, seja em razão dos princípios propostos, seja devido aos aspectos organizacionais. Além disso, a crônica restrição orçamentária que acompanha o SUS desde sua concepção impõe barreiras para sua efetivação (PAIM *et al*., 2011).

Assim, o SUS Legal não é ainda uma realidade, há muito que fazer para alcançar a proposta constitucional de um sistema de saúde de alcance universal. No campo jurídico, está definido que todos têm direito à saúde, mas, na prática, o sistema não consegue atender nas proporções que deveria, e o setor privado segue atuando em meio a regras frouxas, estabelecendo seus próprios critérios de exclusão. Ora,

é possível perceber que, na saúde pública brasileira, há um acúmulo de novos e antigos problemas.

A tomada de decisão no Sistema Único de Saúde

A política pública é uma série de etapas interligadas, um diálogo entre procedimentos e ideias, entre o debate público e os interesses privados. Uma das principais abordagens para a análise de políticas é a que adota o ciclo das políticas públicas como referencial para analisar o processo das políticas (LASWELL, 1958). Essa abordagem ajuda a entender de forma sistemática cada uma das fases pelas quais a política pode passar. A distinção em fases é necessária porque cada uma dessas etapas é arena para tipos diferentes de disputas e negociação.

O ciclo é a primeira incursão na complexidade que podem representar as políticas públicas; oferece uma estrutura modesta e flexível para os decisores políticos. Partindo do ciclo, podem-se organizar observações em padrões familiares e, assim, fornecer-se um guia para a ação. Porém, sabe-se dos limites da abordagem das políticas a partir da divisão em distintas fases (BRIDGMAN; DAVIS, 2003). Na trajetória das políticas públicas, cada fase não se apresenta de forma isolada das demais. Além disso, elas não estão cronologicamente dadas, ou seja, a ordem das fases indicadas pelo ciclo pode aparecer modificada no transcurso do processo da política pública.

Assim, o ciclo de políticas públicas começa com a indicação de um problema, parte para a busca de evidências e soluções, testa propostas, toma decisões sobre as propostas listadas e apresenta recomendações aos governos. Para a presente análise, abordar-se-á a etapa da tomada de decisões em políticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tomar decisões para a execução da gestão de serviços de saúde não é uma tarefa fácil. A tomada de decisão passa por se escolher uma alternativa entre as existentes visando à solução, mitigação ou prevenção de problemas. Tal processo é desencadeado quando há um problema a ser resolvido, seja pela necessidade de mudar a realidade atual, seja pelo surgimento de novos paradigmas (MORAES; SOARES, 2016).

O ser humano é naturalmente um "tomador de decisões", pois, na vida, diariamente diversas decisões são tomadas baseadas em várias informações diferentes, das mais rotineiras/programadas às situações inesperadas e complexas. Com o surgimento do gerencialismo moderno, novas formas de gestão científica foram desenvolvidas, trazendo à tona a tomada de decisão com base científica, que considera métodos para decidir, seus custos e suas consequências para a própria gestão (MORAES; SOARES, 2016).

Contudo, por mais que o gerencialismo tenha imposto novas formas de gestão, não são todas as decisões que se esteiam em métodos e elementos factuais conhecidos e aceitos. Ainda há um forte componente das decisões que está baseado na subjetividade e em experiências individuais, mediante um processo no qual as justificativas nem sempre são bem explicitadas (SANTOS, 2018).

Compreende-se que o processo decisório adotado por gestores da área de saúde, ao tomarem decisões relacionadas às políticas públicas, ainda é carregado de subjetividade, apoiando-se na maioria das vezes apenas na experiência acumulada desses atores. Esse acúmulo de experiência é o que alguns gestores destacam como sendo o diferencial da sua atuação no processo de tomada de decisão (PINHEIRO *et al*., 2016).

A tomada de decisão é uma responsabilidade e uma competência formal do gestor, que, além das informações técnicas-científicas, utiliza seu conhecimento pessoal – referências técnicas, políticas, institucionais, sociais, culturais, entre outras – ou sua percepção individual do problema para formar sua convicção e decidir, mobilizando os recursos necessários (TANAKA; TAMAKI, 2012).

É compreensível que a tomada de decisão, em parte, resguarde um certo mistério, considerando poder haver uma série de variáveis que são simplesmente imprevisíveis, sobretudo na gestão em saúde. Paim e Teixeira (2006, p. 77) afirmam que a área de políticas, planejamento e gestão é caracterizada por uma grande complexidade, "pois há momentos em que faltam conhecimentos para a tomada de decisões, outros em que há conhecimentos suficientes mas as decisões são

adiadas e, ainda, existem aqueles em que as decisões são necessárias mesmo diante de escassas evidências".

Uma questão preocupante evidenciada por Pinheiro *et al.* (2016) é a de que, no Brasil, ainda prevalece a ideia de que qualquer profissional sabe gerir e que se aprende a administrar na prática. Uma das principais fragilidades dos gestores do SUS está no despreparo dos profissionais para o exercício da administração e na lentidão da incorporação de tecnologias de informação, assim como há baixa capacidade de inovação. Esses são alguns elementos que corroboram a visão de uma administração pública com reduzida capacidade de operação, processo decisório enfraquecido, com controles inexistentes na prática e pouca governabilidade (PACHECO; GOMES, 2016).

Sabe-se, ainda, que na saúde pública o processo de tomada de decisão necessita atender a uma série de dispositivos legais – normas, protocolos e regras – para funcionar dentro da conformidade. Isso exige atenção de todos os atores envolvidos na construção da política, até porque atualmente a gestão pública brasileira adota como pilar a "flexibilidade", diante da necessidade de fortalecer a tomada de decisão de maneira descentralizada, proporcionando aos atores maior autonomia, com vistas à ampliação dos espaços de criatividade e participação na busca de soluções (SANTOS, 2018).

Merhy (2006) alerta que, no âmbito das políticas sociais, os padrões de seletividade do Estado estão articulados à dinâmica que envolve as arenas de decisão, formulação de políticas e agendas de governo. E, com relação aos processos de decisão, a liberdade dos decisores é uma problemática da política. A tomada de decisão não é de responsabilidade exclusiva de um indivíduo, está dispersa e é compartilhada por diversos gestores – políticos e técnicos –, em diferentes níveis hierárquicos. Desta forma, o processo de decisão requer o debate e a produção de consenso diante das propostas existentes, na tentativa de balizar os interesses dos indivíduos ou grupos.

Portanto, pode-se considerar que o processo decisório na gestão da saúde não é linear – com início, meio e fim –, muito pelo contrário, caracteriza-se por um trajeto complexo, que envolve interação,

influência, controle e poder. Sua compreensão coloca a necessidade de conhecer as características dos participantes, os papéis que desempenham, a autoridade a que estão submetidos e a relação entre os membros da instituição, resultando em um complexo de decisões tomadas, com base em análises técnicas, escolhas racionais individuais e considerações subjetivas (SANTOS, 2018).

Uma característica do campo da saúde é a de que a decisão tomada pela gestão e suas consequências, ou seja, as ações e intervenções a serem implementadas, impactam no trabalho dos profissionais de saúde nos serviços, e até mesmo na vida das pessoas que utilizam os serviços de saúde. Essas decisões convertem-se em diretrizes e ações, e por vezes impõem a necessidade de adequação dos processos de trabalho e execução das tarefas em outro nível. Esse seria um problema de gestão? Sim. É fundamental observar, conforme afirma Merhy (2002), que, em última instância, o trabalho em saúde é decidido por quem o executa – sendo assim, pelos trabalhadores dos serviços de saúde.

O trabalho assistencial envolve diversas categorias profissionais, que possuem visões, interesses, racionalidades e concepções culturais, políticas, econômicas e sociais diferentes; se não estiverem implicados com o escopo de ações delineadas, pode haver uma disritmia entre planejamento e ação. Isso faz lembrar a teoria de Matus (2000), ao anunciar que os processos construídos de forma democrática e pactuados entre os atores são mais efetivos, pois possuem maior alinhamento com as necessidades e realidades locais, e favorecem uma maior comunicação entre si, possibilitando o aumento da capacidade gerencial de tomada de decisões, a construção de consciência coletiva e a responsabilização dos envolvidos.

Propõe-se para reflexão o caso do SUS. O sistema é constituído por ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos (BRASIL, 1990). A regionalização das ações e dos serviços de saúde é uma diretriz para a organização do sistema de saúde pública brasileiro. Sendo assim, a atuação uniformizada e harmônica dos entes federados deve se dar por meio da colaboração e atuação conjunta das diversas instâncias federativas. As competências

comuns aos entes federados evidenciam a conjugação de esforços na prestação dos serviços públicos, o que remete às decisões compartilhadas e pactuadas que possibilitem a gestão conjunta de interesses e serviços no planejamento e financiamento das políticas públicas.

Vale lembrar ainda que, "no contexto dos que exercem papel fundamental no processo da tomada de decisão, a Lei nº 8.142, de 1990, é explícita e assegura, a partir das instâncias como as Conferências e os Conselhos de saúde nas três esferas de governo, a efetiva força na participação social da construção, implantação, implementação e fiscalização das ações de saúde na prática dos serviços que compõem o SUS" (SANTOS, 2018, p. 26). Portanto, em observação às próprias normas, a atuação no campo da saúde requer interação de distintos atores: população, corporações, gestores, dirigentes políticos, profissionais e segmentos empresariais.

Isso quer dizer que a construção e a forma de funcionamento do SUS são decididas nas instâncias de governança, nas arenas colegiadas, que representam e incentivam a capacidade de mobilização e organização dos atores e contribuem para a democratização das ideias (SANTOS, 2018). Acredita-se que a efetiva participação dos diversos atores nas decisões agrega contribuições e visões de acordo com cada contexto e realidade, promove um processo representativo de diálogo, de forma legítima e inclusiva (PINHEIRO *et al*., 2016), o que pode garantir mais sustentabilidade ao projeto.

Entretanto, esse arranjo se desenvolve numa arena de conflitos, em que os atores sociais e grupos complexos buscam materializar seus interesses de modo independente, aumentando a tensão para a constituição de um sistema de saúde efetivo. Os gestores do SUS são premidos entre a decisão e a execução de uma agenda estruturante para ampliação do acesso e a necessidade de legitimação e sustentação, dando respostas aos interesses em jogo. Nesse sentido, a racionalidade do uso dos meios se impõe cada vez mais mediante as peculiaridades do setor saúde (GURGEL, 2007).

Em suma, é possível dizer que a prática da gestão do SUS impõe grandes desafios aos gestores. O processo decisório precisa estar

embasado em pilares como diagnóstico da condição de saúde da população; perspectivas de ação sobre os problemas; infraestrutura de recursos humanos, equipamentos; densidade tecnológica; financiamento para o setor saúde (SANTOS, 2018).

Como planejar, estruturar e organizar decisões para que essa tomada de ação seja mais assertiva e direcionada para os objetivos apontados? Não há uma resposta única e correta para essa questão. Desse modo, é importante que o tomador de decisão detenha conhecimento interdisciplinar que o ajude a reconhecer as implicações das decisões, avaliando-as e reavaliando-as. É também de particular interesse prever os impactos, benéficos ou não, dessas decisões sobre o processo, visando aprimorá-lo contínua e ciclicamente, privilegiando as boas práticas e mitigando os malefícios (MORAES; SOARES, 2016).

Isso demonstra a alta relevância da utilização do processo de tomada de decisão e o surgimento das várias propostas de ferramentas e técnicas para isso, com o intuito de que cumpram seu papel de fornecer informações para que os gestores possam tomar decisões mais objetivas e mais acuradas. Não se pode esquecer, contudo, que as informações têm função limitada e, ao serem disponibilizadas, exigem interpretações por parte dos tomadores de decisão e interações entre pessoas e grupos para chegar a essas decisões.

Tomar decisões em uma área tão complexa como é a saúde envolve diversas habilidades dos profissionais vinculados à política: uso de tecnologias apropriadas, competências coordenadas entre os níveis municipal, estadual e federal de gestão, entre esses e a sociedade. A gestão da saúde pública brasileira exige que, cada vez mais, se evite a improvisação e busque-se realizar um trabalho colaborativo entre os diversos atores, o que certamente contribuirá para os avanços do SUS (SANTOS, 2018).

Metodologia

Esta pesquisa é uma revisão sistemática sobre a “tomada de decisão na construção das políticas públicas de saúde no Brasil”. Esse tipo de investigação científica tem como objetivo responder a uma pergunta

de pesquisa claramente formulada sobre determinado tema, a partir da aplicação de métodos sistematizados e explícitos de busca, seleção e avaliação dos resultados de estudos relevantes. Trata-se de um estudo secundário que utiliza como fonte de dados estudos primários, tais como artigos científicos, que relatam os resultados de pesquisas originais (DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011; SCHÜTZ; SANT'ANA; SANTOS, 2011; MEDINA; PAILAQUILÉN, 2010; BRASIL, 2012).

O método baseia-se em critérios predeterminados e evidências científicas consistentes para possibilitar uma análise mais objetiva dos estudos, facilitando uma síntese conclusiva ou novos direcionamentos sobre evidências ou intervenções específicas (SCHÜTZ; SANT'ANA; SANTOS, 2011; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011). Portanto, é útil para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados sobre determinada terapêutica ou intervenção, que podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, bem como identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras (SAMPAIO; MANCINI, 2007).

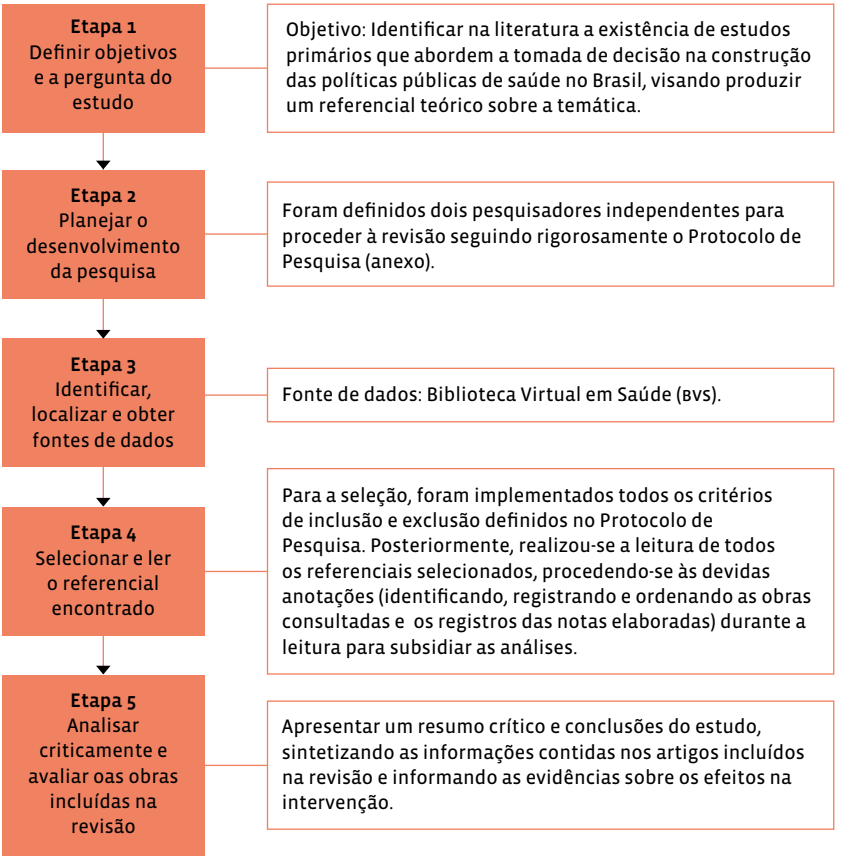
Em virtude disso, a revisão sistemática permite a incorporação de um espectro maior de resultados relevantes de diversas pesquisas, ampliando a capacidade de análise e as conclusões a partir da leitura de um vasto referencial, sendo considerada como o melhor nível de evidência científica para ser utilizada na tomada de decisão, na prática clínica ou na gestão pública (MEDINA; PAILAQUILÉN, 2010).

A presente pesquisa foi desenvolvida a partir das seguintes etapas – detalhadas na figura 1 –, com base em Sampaio e Mancini (2007): (1) definir o objetivo e a pergunta do estudo; (2) planejar o desenvolvimento da pesquisa; (3) identificar, localizar e obter fontes de dados (coleta de dados); (4) selecionar e ler o referencial encontrado (fases exploratória, seletiva, analítica e interpretativa); (5) analisar criticamente e avaliar as obras incluídas na revisão.

A etapa 1 foi central para a realização da pesquisa: nela definiram-se o objetivo e a pergunta do estudo (ver figura 1), que nortearam todas as etapas seguintes. A etapa 2 foi de crucial importância para a

sistematização dos processos de revisão sistemática, a partir da definição de, pelo menos, dois pesquisadores que procederam à busca da literatura, seguindo o protocolo de pesquisa, que serviu para a revisão propriamente dita.

Figura 1 – Etapas da pesquisa



Fonte: elaboração dos autores.

Na etapa 3, realizou-se a busca em base de dados virtual da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A BVS é uma rede construída coletivamente e

coordenada pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), vinculado à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com a missão de contribuir para o desenvolvimento da saúde nos países da América Latina e Caribe. A biblioteca é considerada o mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe, composta por 19 países. Uma vantagem dessa base é a de que a coleção de fontes de informação do Portal é composta de bases de dados bibliográficos produzidas pela Rede BVS, como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), além da base de dados Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline) e *Scientific Electronic Library Online* – SciELO.

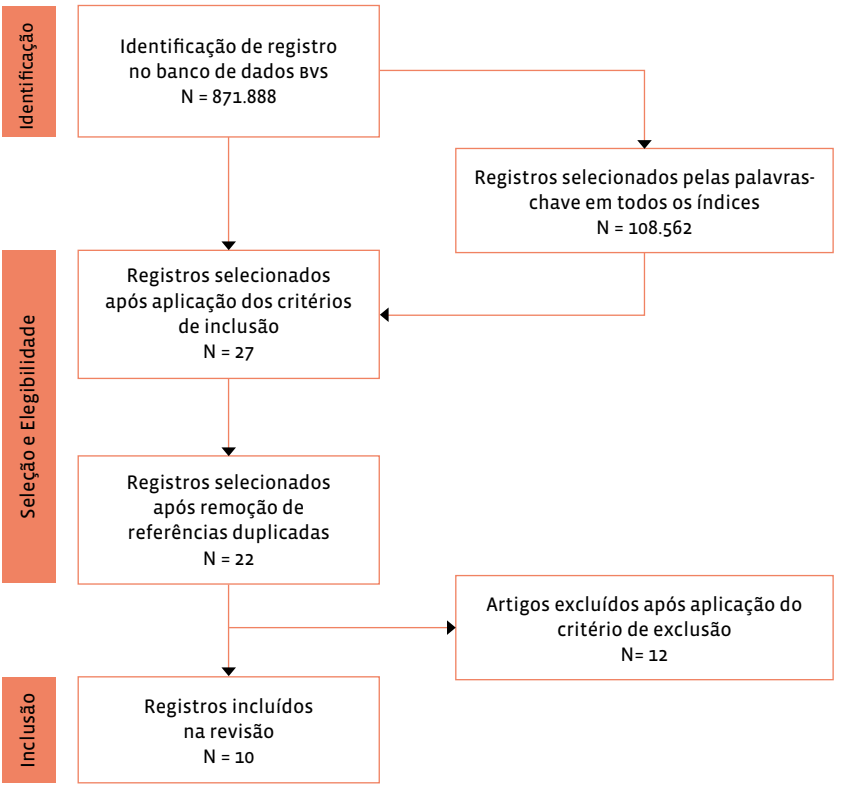
Na etapa 4, os critérios de inclusão utilizados foram artigos que tinham como assunto principal "tomada de decisões", "técnicas de apoio para a decisão", "administração em saúde pública"; tipos de estudo "revisão sistemática", "avaliação de tecnologias de saúde", "relato de casos", "avaliação econômica em saúde"; texto completo disponível; publicações em português; publicados no período 2000 a 2018.

Foram aplicados os critérios de inclusão ("a" e "e", ver anexo – Protocolo de Pesquisa) e os critérios de exclusão ("a" e "b" já são contemplados, ver anexo – Protocolo de Pesquisa). Contudo, com o objetivo de ter certeza de que abordam claramente o tema de interesse desta revisão (critério "c", descrito no mesmo protocolo), foi necessária uma pré-avaliação dos artigos a partir da leitura dos títulos e resumos. Os artigos que permaneceram foram lidos integralmente, passando por uma análise mais detalhada, e avaliados rigorosamente de acordo com os referidos critérios, mas incluindo a avaliação do "critério de qualidade" também presente no protocolo.

Conforme apresenta a figura 2, na etapa inicial de seleção dos artigos na base de dados utilizando os *DeCS*, foram encontrados 108.562 artigos, e após inserção dos critérios de inclusão encontraram-se 27 artigos. As referências obtidas foram exportadas para um arquivo em *CSV* e estruturadas em uma base de dados específica no *Microsoft Excel*®, na qual as referências duplicadas foram excluídas, e aplicou-se o critério de exclusão para remoção dos artigos que não dialogavam

com o objetivo do estudo, o que resultou em uma base final para a revisão contendo dez artigos. O material resultante do processo de seleção foi organizado para a leitura, análise e interpretação.

Figura 2 – Processo de busca e seleção das referências na base de dados



Fonte: elaboração dos autores.

Da seção seguinte, constam a apresentação do resumo crítico e conclusões do estudo, bem como a definição de categorias de análise que serviram para estruturar o debate acerca dos resultados encontrados nos materiais analisados.

Resultados e Discussão

Foram analisados dez artigos (ver quadro 1); a maioria versa sobre "avaliação de tecnologias de saúde - ATS" (6). Outros temas também apareceram: "teorias de tomadas de decisão (1)", "uso de evidências para a tomada de decisão no SUS (2)" e "uso de metodologia de análise de decisão multicritério - MCDA (2)". Um dos artigos cabe tanto na classificação de ATS quanto em uso de MCDA. Muitos dos temas identificados se entrelaçam, especialmente porque a temática da tomada de decisão é um aspecto transversal às políticas públicas, podendo também ser analisada sob perspectivas variadas: conceituais, de modelos teóricos, uso de métodos e técnicas, apresentando experiências, entre outras.

Sobre a metodologia empregada nas publicações analisadas, observou-se uma diversidade de tipos de estudos adotados: "revisões" (4), "estudos de caso" (2), "estudos descritivos" (2). Em duas publicações, não foi possível ter clareza do tipo de estudo, pois não estava explícito no manuscrito. Tais estudos apresentaram uma abordagem mais livre sobre o tema da tomada de decisão, utilizando tópicos com a intenção de dialogar com a literatura, considerando aspectos sobre o campo teórico da tomada de decisão ou acerca da indução de processos que apoiem as decisões no nível da gestão local.

Sobre os resultados das publicações analisadas, verificou-se que o debate acerca da ATS no campo da saúde está em franco desenvolvimento. Existe, no Ministério da Saúde (MS), o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/MS), que trabalha com ações direcionadas para o uso da ATS em processos de incorporação de tecnologias no Brasil, realizando estudos e apoiando as áreas técnicas do MS sobre o assunto. Para tanto, suas ações se organizam a partir de fluxos institucionais preestabelecidos, e seus estudos se fundamentam em métodos e critérios de qualidade reconhecidos (NOVAES; ELIAS, 2013). Há, também, a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCFMRP/USP), que revela as estratégias utilizadas para incorporação de tecnologia seguindo etapas semelhantes ao DECIT/MS: solicitação, análise e decisão sobre a incorporação (NUNES *et al.*, 2013).

Quadro 1 – Resultados da revisão sistemática

Nº	1	2	3	4	5
Autores	SOUZA, A. B.; SANTOS, M. S.; CINTRA, M. A. C. T.	CAMPOLINA, A. G. *et al.*	VIEIRA, F. S.	NOVAES, H. M. D.; SOÁREZ, P. C.	GALDINO, J. P. da S.; SILVA, E. T. da S.; ELIAS, F. T. da S.
Título	Análise de Decisão Multicritérios (MCDA): uma revisão rápida sobre os critérios utilizados na Avaliação de Tecnologias em Saúde	Análise de decisão multicritério para alocação de recursos e avaliação de tecnologias em saúde: tão longe e tão perto?	Evidências econômicas de intervenções em saúde sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde: por que e para que produzi-las e utilizá-las?	Organizações de avaliação de tecnologias em saúde (ATS): dimensões do arcabouço institucional e político	Oportunidades de formação em avaliação de tecnologias em saúde: mapeamento de cursos nacionais e internacionais
Temática principal	Avaliação de Tecnologias em Saúde Metodologia de Análise de decisão multicritério	Metodologia de Análise de decisão multicritério	Uso de evidências para a tomada de decisão no SUS	Avaliação de tecnologias em saúde	Avaliação de tecnologias em saúde
Repositório/ Ano/País	Jornal Brasileiro de Economia da Saúde, 2018, Brasil	Cadernos de Saúde Pública, 2017, Brasil	Jornal Brasileiro de Economia da Saúde, 2017, Brasil	Cadernos de Saúde Pública, 2016, Brasil	Comunicação Ciências Saúde, 2016, Brasil
Objetivo	Identificar e descrever os critérios utilizados internacionalmente em tomadas de decisão em saúde utilizando quaisquer técnicas de Multi-Criteria Decision Analysis (Análise de Decisão Multicritérios – MCDA).	Apresentar uma síntese dos aspectos metodológicos importantes (definições, abordagens, aplicações e etapas da implementação) de uma ADMC, e como ela se aplica a um estudo de caso do medicamento Erlotinibe para o tratamento de câncer de pulmão de células não pequenas no sistema de saúde brasileiro.	Discutir as possibilidades de uso de evidências econômicas disponíveis na literatura científica internacional na tomada de decisão no SUS e a necessidade de produção e uso dessas evidências no âmbito do SUS.	Identificar organizações de ATS representativas de diferentes contextos, como se conformam no arcabouço institucional e político dos sistemas de saúde e analisá-las de acordo com dimensões relevantes na avaliação de sua efetividade/impacto, buscando contribuir com os desafios a serem enfrentados no contexto nacional.	Mapear as oportunidades de formação e capacitação em ATS disponíveis em nível nacional e internacional.
Tipo de estudo	Revisão rápida	Estudo de caso	Revisão bibliográfica da literatura	Revisão narrativa da literatura	Estudo descritivo

Nº	6	7	8	9	10
Autores	SILVA, S. F.; SOUZA, N. M.; BARRETO, J. O. M.	BRANCO, L. D. *et al.*	NOVAES, H. M. D.; ELIAS, F. T. S.	NUNES, A. A. *et al.*	DIAS, A. M.
Título	Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências	Avaliação da tomada de decisão utilizando questionários: revisão sistemática da literatura	Uso da avaliação de tecnologias em saúde em processos de análise para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde no Ministério da Saúde	Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde: processo e metodologia adotados por um hospital universitário de alta complexidade assistencial	Razão e desRazão nas tomadas de decisão
Temática principal	Uso de evidências para a tomada de decisão no SUS	Avaliação da tomada de decisão	Avaliação de tecnologias em saúde	Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde	Teorias de tomadas de decisão
Repositório/ Ano/País	Ciência & Saúde Coletiva, 2014, Brasil	Avaliação Psicológica, 2014, Brasil	Cadernos de Saúde Pública, 2013, Brasil	Cadernos de Saúde Pública, 2013, Brasil	Psicologia USP, 2010, Brasil
Objetivo	Identificar as fronteiras da autonomia da gestão municipal no contexto do pacto federativo do Sistema Único de Saúde brasileiro e a importância e possibilidade de fomentar inovação, criatividade e tomada de decisão, informada pelas melhores evidências pelos governos locais.	Oferecer um panorama das pesquisas existentes na área de avaliação de tomada de decisão por meio de autorrelato, para identificar os questionários e escalas disponíveis para a avaliação deste construto. Além disso, buscou-se avaliar os resultados destes estudos quanto à tomada de decisão e sua relação com outras variáveis cognitivas.	Apresentar como estudo de caso a participação do DECIT nos processos de análise e decisão da CITEC, em período anterior à CONITEC, entre 2008 e 2010.	Apresentar um modelo de avaliação e incorporação de tecnologias adotado em um hospital.	Contribuir com o debate sobre o campo de Teorias de Tomadas de Decisão, oferecendo uma visão geral do campo, particularmente sensível às demandas epistemológicas.
Tipo de estudo	-	Revisão sistemática	Estudo de caso	Estudo descritivo	-

Fonte: elaboração dos autores.

A incorporação tecnológica no campo da saúde é cada vez mais rápida. Ao longo do tempo, percebe-se que a saúde é um dos setores que mais incorpora as tecnologias concebidas, sendo influenciado fortemente pela economia. As empresas já entenderam esse comportamento e têm atuado de forma voraz no sentido da proliferação de tecnologias direcionadas à saúde. Com isso, diariamente, novos produtos são criados e tantos outros se tornam rapidamente obsoletos, induzindo o aumento de estudos voltados ao tema (LORENZETTI *et al.*, 2012; OPAS, 2009).

Muitos países passaram a ampliar o interesse em introduzir tecnologias e inovações clínicas visando à qualidade dos serviços de saúde. No entanto, muitas vezes, essa incorporação não passa por uma adequada avaliação de necessidade, reorientação das políticas públicas, ou até mesmo não leva em conta a qualificação do profissional para tal finalidade (OPAS, 2009). É importante destacar que iniciativas como as do MS e do HCFMRP/USP dialogam com essa problemática, buscando meios que ajudem a balizar o processo de incorporação tecnológica: medicamentos, equipamentos e dispositivos médicos, programas de saúde, intervenções em saúde e outros.

Essas publicações também mostram que há uma preocupação sobre como tornar a tomada de decisão mais adequada, e quais são as formas/metodologias que existem para auxiliar os gestores durante o processo decisório. Mesmo sendo poucos os artigos, notou-se que alguns buscaram trazer elementos ligados às vivências e ideias que podem ser colocadas em prática em diferentes situações, evidenciando a possibilidade de adaptação dos métodos.

Um dos artigos apontou que, na avaliação da tomada de decisão, as escalas mais utilizadas foram a *Melbourne Decision Making Questionnaire*, MDMQ (MANN *et al.*, 1997), e a *Flinders Decision Making Questionnaire*, DMQ (MANN, 1982). Não foram encontrados estudos nacionais utilizando questionário ou escala de avaliação de tomada de decisão. Os gestores podem, então, usufruir de estudos preexistentes como forma de buscar conhecer e trabalhar com novos métodos/instrumentos com vistas a auxiliar a tomada de decisão no SUS.

Ressalta-se, ainda, que na atualidade ganhou espaço a noção de que os aspectos econômicos relativos às intervenções em saúde precisam ser considerados. Portanto, na tomada de decisão, as evidências econômicas podem ser entendidas como fatos que fundamentam conclusões sobre os custos e as consequências de intervenções em saúde. Mas, apesar dos esforços feitos nos últimos anos no Brasil, o incentivo à produção e ao uso desse tipo de evidências econômicas sob a perspectiva do SUS ainda é incipiente (VIEIRA, 2017).

Nesse contexto, o MCDA foi apontado como um método utilizado na saúde para decisões de investimento, na avaliação de incorporação ao mesmo tempo de medicamentos ou diversas tecnologias para a saúde. Todavia, um dos principais problemas enfrentados na sua aplicação diz respeito à compreensão das terminologias e formas de interpretação que foram disponibilizadas. Ainda assim, foi possível concluir que o método pode ajudar a aumentar a consistência, transparência e legitimidade das decisões, sendo especialmente útil para a responsabilização de órgãos públicos envolvidos na tomada de decisão (SOUZA; SANTOS; CINTRA, 2018).

Com relação ao uso de evidências, ressalta-se a implantação de uma iniciativa nacional com ênfase em desenvolver sistemas locais de saúde informados por evidências: a Rede de Políticas Informadas por Evidências (EvipNet), que está alinhada a esforços globais para conectar evidências de pesquisa às ações em saúde, sendo apoiada por Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) e financiada pelo MS (SILVA; SOUZA; BARRETO, 2014).

Apesar de estar instituída pelo MS, a EvipNet não tem alcançado uma projeção nacional, embora tenha sido pensada para isso. Há poucos “Núcleos de Evidências” vinculados à rede no País; sua existência e atuação não envolvem todos os estados brasileiros, restringindo seu alcance. O próprio desenho da EvipNet é um fator limitante importante, uma vez que a rede age sob demanda, muitas vezes de forma mais pontual quando acionada por um indivíduo ou grupo que faz parte

de alguma instituição. Além disso, os recursos destinados à estratégia também são um entrave para a sua expansão, já que o financiamento das ações conta com a contrapartida do demandante.

Esse cenário nacional aponta para a necessidade de ampliação de abordagens e desenvolvimento de sistemas de apoio à decisão, com o uso de ferramentas e técnicas de suporte aos gestores na tomada de decisões com maior precisão, agilidade e eficiência. Em consideração à complexidade do setor saúde, as iniciativas devem atentar também para a necessidade de fortalecer a interação entre gestores, profissionais da rede de assistência, instituições de ensino e pesquisa, organizações de apoio, favorecendo o aprimoramento dos conhecimentos e visando decisões que repercutam de fato em ações e serviços de qualidade para a população.

Foi interessante observar que um dos artigos se preocupou em verificar a existência de ofertas de capacitação para a tomada de decisão, o que demonstra que há um reconhecimento da necessidade de aprimoramento dos gestores da saúde, corroborando outros autores que apontam como desafio para a gestão do SUS a garantia de profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na gestão (GALDINO; SILVA; ELIAS, 2016). Ainda que a maior parte dessas ofertas tenha origem em instituições internacionais, o Brasil obteve destaque na disponibilização de cursos em ATS. O principal público dos cursos foram os profissionais de saúde, com poucas ofertas específicas para tomadores de decisão.

Outra publicação enfatiza que as decisões sobre intervenções em saúde no SUS consideram o papel de cada esfera de governo mediante o que as normativas estabelecem. Alguns dispositivos normativos e políticos do SUS apareceram como indutores à autonomia decisória local: o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP); a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB); a Política Nacional de Regulação do SUS; as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (SILVA; SOUZA; BARRETO, 2014).

No que tange ao problema específico que enseja o campo das modelagens – ou teorias – de tomadas de decisão, há muitas teorias que buscam explicar o funcionamento e o modo como as pessoas tomam decisões. Há uma multiplicidade de variáveis que devem ser analisadas, o que parece ser um desafio ao entendimento de como isso se processa na mente humana (DIAS, 2010). Alguns fatores podem facilitar a tomada de decisão, como a satisfação com a vida, aspectos cognitivos e variáveis sociodemográficas como idade e escolaridade; por outro lado, fatores como depressão, uso de álcool e drogas podem dificultar a capacidade de decidir (BRANCO, 2010).

De forma geral, as publicações analisadas mostram que os principais desafios à tomada de decisão dos gestores do SUS estão relacionados à necessidade de aprimorar as práticas de gestão e à utilização das informações/evidências em saúde e modelos para subsidiar esse processo. O financiamento insuficiente do sistema, a inadequada infraestrutura das secretarias e serviços de saúde, a baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões, a necessidade de mudança de modelo e qualificação da gestão são elementos diretamente relacionados com esses desafios.

Muitas vezes, a incapacidade de lidar com problemas emerge da inadequação política e técnica (instrumentos, metodologias ou profissionais), o que traz à tona a real necessidade de se estabelecer iniciativas capazes de apoiar e direcionar soluções adequadas ao problema. Todo esse pano de fundo, somado ao aumento da demanda por serviços e produtos de saúde, traz para o setor público um desafio fundamental: ser capaz de atender as novas demandas da sociedade num cenário de restrições orçamentárias, provocando, em certa medida, urgência na busca de soluções para os problemas decorrentes desse conflito.

Assim, entende-se que é urgente e necessária a institucionalização de métodos, modelos e formas que visem subsidiar a tomada de decisão e a prestação de contas à sociedade (PISCO, 2006), incrementando os avanços do SUS. Diante dos objetivos do sistema e das suas características, o processo decisório deve ser explorado e compreendido também a partir do seu potencial para a democratização das relações e

decisões, com vistas à integração, mobilização e responsabilização dos sujeitos no processo das políticas de saúde.

Considerações finais

Na indeclinável busca de soluções por mais eficiência e resultados na gestão dos serviços públicos de saúde, parece inevitável e imperioso assumir pressupostos que impõem novos paradigmas e obrigam a modificar os enfoques e modelos tradicionais de gestão, com o objetivo de potencializar as capacidades dos sujeitos – gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde.

As características inerentes ao setor saúde posicionam suas organizações entre as mais complexas para gerenciar. Por esse motivo, é importante revisar os modelos de gestão em função do seu propósito existencial: de atender ao interesse da coletividade de forma eficiente e assegurando a oferta de serviços de qualidade para a população.

Nessa perspectiva, este capítulo tratou de mapear os estudos sobre tomada de decisão em políticas de saúde no Brasil e, com isso, pontuar discussões teóricas. A partir da revisão sistemática realizada, identificou-se a exploração de temas como "avaliação de tecnologias de saúde – ATS", "teorias de tomadas de decisão", "uso de evidências para a tomada de decisão no SUS" e "uso de metodologia de análise de decisão multicritério – MCDA". Outros temas no campo dos estudos sobre tomada de decisão não foram encontrados no marco desta pesquisa.

Uma dificuldade observada na realização do presente trabalho está relacionada à baixa quantidade de pesquisas disponíveis para embasar a discussão e comparação dos resultados. Além disso, alguns estudos não explicitam clara e detalhadamente a metodologia usada. Por vezes, estão ausentes o tipo de estudo realizado, os critérios de inclusão e exclusão ou de análise dos dados. No entanto, decidiu-se por mantê-los devido à escassez de estudos sobre a tomada de decisão no âmbito do SUS, o que demonstra necessidade urgente de suprir essa lacuna no intuito de compreender os aspectos conceituais e metodológicos em torno desse tema. Sem dúvida, investigar a tomada de

decisão no âmbito do Sistema Único de Saúde é um campo de pesquisa com espaço para expansão.

Referências

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. *Políticas de saúde*: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BRANCO, L. D. et al. Avaliação da tomada de decisão utilizando questionários: revisão sistemática da literatura. *Avaliação Psicológica*, v. 13, n. 1, p. 67-76, 2014.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Diretrizes metodológicas*: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Brasília, 2012.

BRIDGMAN, P.; DAVIS, G. What use is a polycy cycle? Plenty, if the ain is clear. *Australian Journal of Public Administration*, v. 62, n. 3, p. 98-102, 2003.

CAMPOLINA, A. G. et al. Análise de decisão multicritério para alocação de recursos e avaliação de tecnologias em saúde: tão longe e tão perto? *Caderno de Saúde Pública*, v. 33, n. 10, 2017.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. Revisão sistemática: noções gerais. *Revista da Escola de Enfermagem*, v. 45, n. 5, p. 1260-1266, 2011.

DIAS, Á. M. Razão e desrazão nas tomadas de decisão. *Psicologia*, v. 21, n. 2, p. 391-416, 2010.

DYE, T. *Understanding public policy*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1984.

ESPERIDIÃO, M. A. Análise política em saúde: síntese das abordagens teórico-metodológicas. *Saúde em Debate*, v. 42, n. Spe. 2, p. 341-360, 2018.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Política de Saúde: Uma Política Social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A. I. (Orgs.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GALDINO, J. P. S.; SILVA, E. T.; ELIAS, F. T. S. Oportunidades de formação em avaliação de tecnologias em saúde: mapeamento de cursos nacionais e internacionais. *Comunicação em Ciências da Saúde*, v. 27, n. 03, p. 203-210, 2017.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 21, n. 61, p. 177-190, 2006.

GURGEL, D. G. I. *A Pesquisa Científica na Condução de Políticas de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores*. Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

KNOEPFEL, P. et al. Hacia un modelo de análisis de políticas públicas operativo. Un enfoque basado en los actores, sus recursos y las instituciones. *Ciência Política*, v. 3, p. 6-29, 2007.

LASWELL, H. D. *Politics*: who gets what, when, how. Cleveland: Meridian Books, 1958.

LORENZETTI, J.; TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. *Texto Contexto – Enfermagem*, v. 21, n. 2, p. 432-439, 2012.

MATUS, C. *O líder sem Estado-Maior*. São Paulo: FUNDAP, 2000.

MEDINA, E. U.; PAILAQUILÉN, R. M. B. A revisão sistemática e a sua relação com a prática baseada na evidência em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 4, p. 1-8, 2010.

MERHY, E. E. *A Saúde Pública como Política*: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, E. E. *Saúde*: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MORAES, R. M. de; SOARES, R. A. S. Modelos de Decisão aplicados à Saúde: teoria e prática. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 10, n. 2, p. 07-10, 2016.

NOVAES, H. M. D.; ELIAS, F. T. S. Uso da avaliação de tecnologias em saúde em processos de análise para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde no Ministério da Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, v. 29, supl. 1, p. s7-s16, 2013.

NOVAES, H. M. D.; SOAREZ, P. C. Organizações de avaliação de tecnologias em saúde (ATS): dimensões do arcabouço institucional e político. *Caderno de Saúde Pública*, v. 32, supl. 2, 2016.

NUNES, A. A. et al. Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde: processo e metodologia adotados por um hospital universitário de alta complexidade assistencial. *Caderno de Saúde Pública*, v. 29, supl. 1, p. s179-s186, 2013.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil*: avanços e perspectivas. Brasília, 2009.

PACHECO, J. M. C.; GOMES, R. Tomada de decisão e alta administração: a implantação de projetos de mudanças de gestão da clínica em hospitais do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 8, p. 2485-2496, 2006.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, Esp., p. 73-78, 2006.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, p. 11-31, 2011.

PETERS, B. G. *American Public Policy*. Chatham: Chatham House, 1986.

PINHEIRO, A. L. S. et al. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. *Texto contexto – Enfermagem*, v. 25, n. 3, 2016.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, 2006.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 11, n. 1, p. 77-82, 2007.

SANTOS, E. R. R.; LEITE, A. F. B.; SILVA, A. P. S. C. *A tomada da decisão no cotidiano do gestor da saúde*: tecnologias, instrumentos e estratégias de atuação. Recife: UFPE, 2018.

SANTOS, F. D. A. et al. A definição de prioridade de investimento em saúde: Uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão. *Physis*, v. 25, n. 4, p. 1079-1094, 2015.

SARAIVA, E. Introdução à teoria da política pública. In: SARAIVA, E.; FERRAREZI, E. (Orgs.). *Políticas Públicas*. Brasília: ENAP, 2006.

SCHÜTZ, G. R.; SANT'ANA, A. S. S.; SANTOS, S. G. Política de periódicos nacionais em Educação Física para estudos de revisão sistemática. *Revista Brasileira de Cineantropometria do Desempenho Humano*, v. 13, n. 4, p. 313-319, 2011.

SECCHI, L. *Políticas Públicas*: conceitos, esquemas de análises, casos práticos. São Paulo: CENGAGE Learning, 2012.

SILVA, S. F.; SOUZA, N. M.; BARRETO, J. O. M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão

informada por evidências. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 19, n. 11, p. 4427-4438, 2014.

SOUZA, A. B.; SANTOS, M. S.; CINTRA, M. A. C. T. Análise de Decisão Multicritérios (MCDA): uma revisão rápida sobre os critérios utilizados na Avaliação de Tecnologias em Saúde. *Revista Brasileira de Economia da Saúde*, v. 10, n. 1, p. 64-74, 2018.

SOUZA, C. Políticas Públicas: questões temáticas e de pesquisa. *Caderno CRH*, n. 39, p. 11-24, 2003.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, n. 16, p. 20-45, 2006.

TAMAKI, E. M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, 2012.

VIANA, L. A.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 65-105.

VIEIRA, F. S. Evidências econômicas de intervenções em saúde sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde: por que e para que produzi-las e utilizá-las? *Revista Brasileira de Economia da Saúde*, v. 9, n. 2, 2017.

Anexo

Protocolo de Pesquisa

Objetivo: identificar na literatura a existência de estudos primários que abordem a tomada de decisão na construção das políticas públicas de saúde no Brasil, visando produzir um referencial teórico sobre a temática.

Critérios de seleção de fontes: as fontes deverão estar disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Métodos de busca de fontes: a busca de artigos na base de dados selecionada será conduzida com uso de vocabulário controlado (Descritores em Ciência da Saúde - DeCS), que indica as seguintes palavras-chave para a coleta de dados: “tomada de decisões” e “políticas públicas de saúde” ou “Sistema Único de Saúde”. Tais descritores foram selecionados e combinados visando ampliar a possibilidade de encontrar referências sobre o tema objeto desta revisão.

Palavras-chaves: ((tw:(tomada de decisões)) AND (tw:(Políticas Públicas de Saúde)) OR (tw:(Sistema Único de Saúde)) Utilizada na base de dados BVS.

Tipo dos artigos: artigos de periódicos.

Idioma dos artigos: português.

Critérios de inclusão e exclusão dos artigos:

Critérios de inclusão: a) trabalhos publicados e disponíveis integralmente em bases de dados científicas; b) ter como assunto principal “tomada de decisões”, “técnicas de apoio para a decisão”, “administração em saúde pública”; c) ter como tipo de estudo “revisão sistemática”, “avaliação de tecnologias de saúde”, “relato de casos”, “avaliação econômica em saúde”; d) publicações em português; e) publicação no período de 2000 a 2018.

Critérios de exclusão: a) trabalhos que não estejam disponíveis integralmente nas bases de dados pesquisadas; b) trabalhos anteriores ao ano 2000; c) trabalhos que não tratem claramente do tema de interesse desta revisão.

Critérios de qualidade dos estudos: a) ter sido publicado em periódico.

Processo de seleção dos estudos: deverão ser realizadas buscas com as palavras-chave na fonte de pesquisa definida. Os artigos obtidos serão lidos (títulos e resumos) como uma etapa de pré-avaliação, baseada nos critérios de inclusão e exclusão, que servirá para selecionar aqueles que deverão ser lidos na íntegra. Esses artigos serão, então, lidos integralmente e avaliados rigorosamente de acordo com os mesmos critérios, sendo considerados válidos ou inválidos para os objetivos desta revisão sistemática.

Elegibilidade dos estudos: será conferida por mais de um pesquisador, pelo menos os dois que realizaram as buscas. Em caso de discordâncias entre os revisores, estas devem ser resolvidas *a priori* por consenso; se ainda não houver solução, por um terceiro revisor. Ao final do processo, deve restar apenas o total de artigos que são de fato elegíveis e que comporão a revisão.

Estratégia de extração de informação: serão preenchidos "formulários de extração de dados" para cada texto, considerado válido para a RS, lido integralmente. Além das informações básicas (dados bibliográficos, data de publicação, abstract, entre outros), esses formulários deverão conter a síntese do trabalho, redigida pelo pesquisador que conduzirá a RS, e suas reflexões pessoais a respeito do conteúdo e das conclusões do estudo.

Sumarização dos resultados: com os resultados obtidos, deverá ser redigido um relatório que descreve sinteticamente o conteúdo da RS. Análises qualitativas e quantitativas, com relação aos trabalhos pesquisados e suas conclusões, também deverão ser realizadas.

3

Integralidade, integração e coordenação do cuidado

Um ensaio teórico sobre redes integradas no SUS e proposta de um modelo de análise

Jéssica Mascena de Medeiros
Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Introdução

O envelhecimento da população, acrescido ao aumento na incidência de doenças crônicas e degenerativas e suas comorbidades, trouxe a urgência de promover maior integração, abrangência e continuidade nas respostas dadas pelos sistemas de saúde. Na América, principalmente no Brasil, os sistemas de saúde caracterizam-se pela fragmentação e segmentação dos seus serviços, dificultando a constituição de redes integradas. Tal fragmentação torna-se evidente de distintas formas, de acordo com os diferentes níveis dos sistemas de saúde. Pode ser percebida, por exemplo, na falta de coordenação entre os níveis e locais de atendimento, na dificuldade de acesso aos serviços, na insuficiência ou duplicação de serviços e infraestrutura, na perda de continuidade de cuidados ou na prestação de serviços em local menos adequado para determinado caso, principalmente em hospitais. Esses fatores, quando agravados, levam à oferta de serviços de má qualidade, baixa satisfação dos usuários e uso irracional e ineficiente de recursos, gerando, ainda, aumento no custo de produção (CONILL, 2007; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011).

A magnitude e as principais causas da fragmentação variam conforme o contexto em que ela se apresenta. Regionalmente, destacam-se como causas o modelo de atenção centrado na doença e na assistência hospitalar, com predominância de programas voltados para patologias específicas; a segmentação institucional do sistema de saúde e capacidade deficiente de direção da autoridade de saúde; a descentralização dos serviços de saúde, com grande separação deles a partir da prestação de cuidados individuais; os riscos e populações não integrados ao sistema de saúde; as dificuldades quanto aos recursos, seja em quantidade, qualidade ou alocação; e as práticas de

financiamento que promovem programas verticais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011).

Em contrapartida à fragmentação e seus efeitos, tem crescido no mundo a implementação de modelos de cuidado integrado. Embora qualquer coordenação entre provedores de saúde seja positiva para a prestação de cuidados efetivos, ela é particularmente valiosa para os usuários que fazem uso frequente dos serviços de saúde, e há muitos prestadores de saúde e assistência social cuidando de suas necessidades. Dessa forma, a atenção integrada é voltada principalmente para a atenção de usuários com necessidades complexas, múltiplas e crônicas e comprometimentos funcionais concomitantes (WODCHIS; WILLIAMS; MERY, 2014).

Nesse contexto de múltiplos esforços para equacionar esses problemas, a implementação das redes de atenção e linhas do cuidado, por exemplo, vem acompanhada da necessidade de ponderação sobre aspectos fundamentais das concepções de saúde, e da consequente organização de suas práticas ao incorporar esses conceitos na oferta de serviços formais de saúde (SILVA *et al.*, 2010). Entre tais elementos, estão a integralidade; a capacidade de integração dos serviços com os demais, compondo a Rede de Atenção à Saúde; assim como a coordenação entre diferentes níveis de cuidado – questões complementares, com abordagens e nuances diferenciadas.

"Integralidade" é um termo utilizado para designar um dos princípios do SUS, ganhando diferentes enfoques ao longo do tempo. A partir da luta pela reforma sanitária brasileira, três conjuntos de sentidos são destacados por Mattos (2001): um primeiro, envolvendo atributos das práticas dos profissionais de saúde; um segundo, acerca de aspectos organizativos dos serviços de saúde; e um terceiro, relativo às características de políticas de saúde ou abrangência das respostas governamentais e articulação de ações preventivas e assistenciais. Neste trabalho, é dado destaque ao segundo conjunto de sentidos, embora sejam tangenciados aspectos dos demais.

Conforme Hartz e Contandriopoulos (2004), o conceito de "integralidade" remete ao de "integração" de serviços através das redes de

assistência e ao reconhecimento da interdependência entre atores e organizações, revelando que nenhum deles apresenta por completo os recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde da população. Para Giovanella (2011), a organização de sistemas de serviços de saúde mais integrados objetiva proporcionar uma atenção com menos gastos, mais qualidade e mais direcionada a responder a agravos crônicos.

Wodchis, Williams e Mery (2014) ressaltam que uma característica comum das abordagens de integração existentes é a procura pela melhoria na qualidade do atendimento, garantindo que os serviços ofereçam o que as pessoas necessitam. Com isso, são quase unânimes, entre tais programas, resultados positivos quanto à melhoria da satisfação final do usuário e à redução da utilização de instalações hospitalares, além do potencial de minimizar custos e eventos adversos e de aumentar a eficiência do sistema. A seguir, são elencadas as definições e classificações desse objeto consideradas no desenvolvimento deste trabalho.

Primeiramente, tem-se a definição elaborada por Hartz e Contandriopoulos (2004), que traz a integração dos cuidados como "coordenação durável das práticas clínicas", voltada a um sujeito com necessidades de saúde e com o objetivo de "assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis". Wodchis, Williams e Mery (2014) acrescentam o caráter individual: cada usuário com necessidades complexas de cuidado receberá uma experiência de cuidado coordenado correspondente a suas necessidades em nível clínico.

Esses autores consideram, ainda, que as iniciativas integradoras podem estar voltadas a condições particulares (como uma patologia específica), a um momento de transição (como a alta hospitalar), ou podem envolver várias camadas do sistema; esta última é a abordagem observada neste trabalho. Os autores destacam como essência da atenção integrada sua função de ligar os pontos ativos de prestação do cuidado, havendo, para tanto, fundamentalmente três componentes: colaboração intencional entre os prestadores de cuidados, que compartilham a

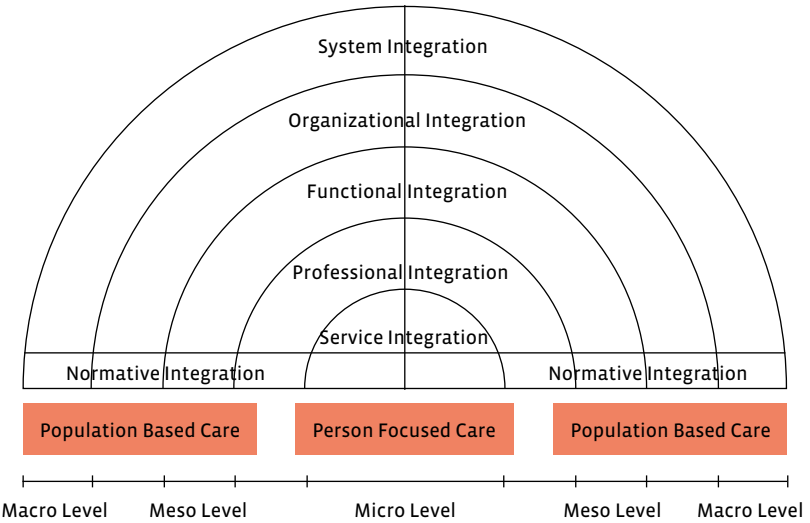
assistência aos pacientes e a responsabilidade no cuidado em um trabalho baseado em equipe; coordenação ou gestão ativa do cuidado para os indivíduos; e adesão a um plano de assistência comum, compartilhado entre os profissionais de saúde, os pacientes e seus cuidadores.

As informações trazidas até então sobre integração remetem à coordenação entre diferentes níveis de cuidado à saúde, definida por Núñez, Lorenzo e Naverrete (2006) como a articulação entre serviços e ações de saúde relacionados a determinada intervenção de forma sincronizada e em busca de um mesmo objetivo, independentemente do local onde sejam prestados. Tal coordenação pode ser potencializada a partir de processo de reforma em quatro campos, identificados por Hofmarcher, Oxley e Rusticelli (2007) como uso das tecnologias de informação e comunicação (TIC) e melhoria na coleta e divulgação das informações sobre pacientes e prestadores; adaptações na atenção básica para suprir a demanda trazida pelas doenças crônicas; revisão da alocação de recursos ambulatorialmente, com o deslocamento crescente de procedimentos do nível terciário para este nível; quebra das barreiras que dificultam o trânsito no sistema de saúde a partir da integração entre os níveis assistenciais e relação entre prestadores.

Há, na literatura, uma considerável variedade de modelos, dimensões, conceitos, tipos, graus, processos, níveis, amplitudes e elementos constitutivos da atenção integrada, em geral definidos de forma abrangente. Segundo Nolte e Mckee (2008), isso pode ser decorrente da natureza polimórfica desse conceito, tendo em vista sua aplicabilidade a partir de diversas perspectivas disciplinares ou profissionais, associada a distintos objetos. A seguir, serão descritos três desses modelos.

O primeiro modelo é elaborado por Wodchis, Williams e Mery (2014), que apresentam um esquema, conforme figura 1, com as principais abordagens utilizadas para descrever “integração”, incluindo tipos (de serviço, profissional, funcional, organizacional, de sistema), amplitude (vertical e horizontal), nível [macro (sistema), meso (organizacional, profissional) e micro (serviço e pessoal)], grau (de articulação a plena integração) e processo (*bottom-up* clínico, cultural e social, ou *top-down* estrutural e sistêmico).

Figura 1 – Características do cuidado integrado



Fonte: Wodchis, Williams e Mery (2014).

Os autores acreditam que um sistema de saúde totalmente integrado deveria abranger a totalidade dos componentes da figura 1, compreendendo, assim, todos os provedores de serviços e usuários, o que não teria correspondente, em realidade, a nenhum sistema atualmente.

Uma classificação mais aprofundada é dada por Kodner e Spreewenberg (2002), citada por Klauw *et al.* (2014): os autores consideram o cuidado integrado como "[...] um conjunto coerente de métodos e modelos relativos aos níveis de financiamento, administrativo, organizacional, de prestação de serviços e clínico destinados a criar conectividade, alinhamento e colaboração dentro e entre os setores de cura e cuidados." Assim, tem-se o segundo modelo destacado neste estudo, construído por Klauw *et al.* (2014), a partir de revisão de literatura de trinta e quatro estudos sobre modelos e programas que descrevem a atenção integrada às doenças crônicas. Os autores identificaram e classificaram os mecanismos de integração utilizados para atingir

quatro grandes objetivos da busca pela atenção integrada. Conforme seus resultados, as pesquisas revisadas concordaram quanto aos principais objetivos, resumidos em integração funcional, organizacional, profissional e de serviços – também chamada "clínica". Já os mecanismos foram por eles divididos da seguinte forma: grau de integração entre profissionais e/ou organizações; centralização no paciente; aspectos normativos. Os autores trazem definições de tais objetivos e mecanismos, o que facilita sua compreensão.

Os objetivos da assistência integrada são vistos da seguinte forma: integração funcional descreve o grau de coordenação entre funções de apoio e alinhamento de incentivos, como os financeiros; integração organizacional visa às relações entre as organizações de cuidados em saúde em uma rede, como, por exemplo, apropriações, acordos contratuais e alianças entre as organizações; integração profissional descreve as relações profissionais dentro e entre as organizações; e integração de serviços refere-se à coordenação dos serviços e à integração de cuidados em um único processo ao longo do tempo, lugar e disciplina para maximizar a qualidade dos serviços prestados aos pacientes.

Em relação às dimensões dos mecanismos de integração, a primeira se refere ao grau em que as iniciativas de integração entre profissionais e organizações são efetuadas, de forma que menores graus devem ser estabelecidos primeiro, e nem todos os contextos trazem a necessidade de um nível mais elevado; a centralização no paciente é a maneira como o cuidado é concebido para atender necessidades sociais e de saúde e preferências dos indivíduos de uma determinada população; e aspectos normativos dizem respeito a um conjunto de mecanismos referentes aos valores e cultura da integração.

A seguir, o quadro 1 traz um resumo dos resultados da revisão de literatura feita por Klauw *et al.* (2014), traduzido pelos autores deste texto, quanto aos mecanismos utilizados para o alcance de cada objetivo da atenção integrada em seus correspondentes critérios. Essa classificação facilita o reconhecimento de quais mecanismos têm melhores chances de sucesso dado um determinado contexto.

Quadro 1 – Mecanismos utilizados para o alcance da atenção integrada

	Mecanismos		
Objetivos	Grau de integração entre profissionais e/ou organizações	Centralização no paciente	Aspectos normativos
Integração funcional	- Uso de TIC para facilitar a comunicação e garantir a execução e continuidade dos serviços - Registro eletrônico do planejamento da assistência e estratificação de risco dos pacientes - Tecnologia de telecomunicações para facilitar o compartilhamento de informações	- TIC para o acompanhamento de pacientes - Ferramentas eletrônicas para que os pacientes participem ativamente na autogestão	- Monitoramento de desempenho e incentivos financeiros para apoiar, garantir e manter a prestação de melhores cuidados
Integração organizacional	- Ligações formais entre organizações: variando de vínculo com a comunidade a fusão das organizações	- Fluxo/percursos clínicos para os pacientes	- Política/ responsabilidade /liderança e cultura organizacionais para a prestação ideal de cuidados crônicos
Integração profissional	- Equipes multi ou interdisciplinares - Atribuição clara de funções-chave e responsabilidades - Educação para os profissionais	- Compartilhamento de informações, reuniões planejadas/ organizadas	- Postura e realização profissional no trabalho como fatores de integração
Integração de serviços	- Uso de diretrizes baseadas em evidências, padronizando atendimento e suporte a decisões para diferentes prestadores - Infraestrutura dos serviços - Gerenciamento de casos	- Planos de cuidados, incluindo a fixação de metas de colaboração entre pacientes e médicos - Suporte de autogestão e educação do paciente - Envolvimento das famílias dos pacientes	- Mudança de paradigma de cuidados agudos para crônicos e de prestação de cuidado reativa para proativa

Fonte: adaptado de Klauw *et al.* (2014).

Considerando-se o maior enfoque dado neste trabalho às integrações funcional e organizacional, destacamos alguns indicadores dos mecanismos utilizados para o alcance da atenção integrada em tais níveis. No que se refere à integração funcional, Klauw *et al.* (2014) ressaltam a importância do uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), observando-as em sua pesquisa nos mecanismos relativos ao grau de integração e centralização no paciente. Os autores relatam as TIC como aspecto que requer maior atenção na busca pela integração, por permitirem apoio à coordenação do cuidado e compartilhamento de informações entre profissionais e organizações, centralização no paciente e facilitação da gestão do cuidado. Algumas ferramentas identificadas pelos autores nesse sentido foram sistemas de lembrete; sistemas de partilha de informação e tomada de decisão; e sistemas que oferecem visão geral da população de usuários.

Vale ressaltar o conceito de "TIC" do Banco Mundial (2015): *hardware*, *software*, serviços de informática, serviços de comunicações (serviços de voz e de dados) e equipamentos de comunicações com e sem fios. Paula, Dandolini e Souza (2012) acrescentam, ainda, seu caráter de utensílios e ferramentas que auxiliam nos processos de gestão, organização, tratamento e disseminação da informação e de construção de conhecimentos para as organizações:

> [...] especialmente em razão de sua complexidade, em que a informação não se encontra concentrada, mas sim invariavelmente difusa, e surge diante de interesses e competências específicos de atores, os quais devem continuar a ser o foco dessa produção de conhecimento, mas que devem interagir entre si, de forma a ampliar os fluxos informacionais.

Quanto à integração organizacional, seus mecanismos são baseados por Klauw *et al.* (2014) nos seguintes aspectos: ligações formais entre as organizações, não apenas de saúde, como também programas de educação, centros desportivos, entre outros; ligação entre os cuidados de saúde e serviços comunitários, priorizando percursos que garantam a continuidade e incluindo os resultados esperados pelo usuário e suas diversas necessidades no processo de cuidado; métodos e

ferramentas para integração organizacional, enfatizando a necessidade de uma visão compartilhada na busca pela integração.

O terceiro e último modelo ressaltado neste estudo foi realizado por Almeida *et al.* (2010). A partir de estudo de caso em Aracaju (Sergipe), Belo Horizonte (Minas Gerais), Florianópolis (Santa Catarina) e Vitória (Espírito Santo), os autores analisaram o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de coordenação desde a ESF aos demais níveis do sistema de saúde, com foco no conjunto de medidas pró-coordenação vinculado à "integração entre níveis assistenciais". Foi dada ênfase à relação entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a atenção especializada, incluindo serviços de apoio a diagnose, terapia e consultas.

Para tanto, foram definidas categorias de análise, variáveis e indicadores, com base em revisão de literatura de estudos de avaliação da ESF, compondo cinco categorias de análise: estrutura organizacional e administrativa do setor de regulação da rede de serviços de saúde; instrumentos de integração dos serviços de saúde; organização dos fluxos para atenção especializada, hospitalar e de urgência/emergência; acesso e utilização dos serviços de atenção especializada e hospitalar; instrumentos para continuidade informacional. Deu-se enfoque, nesta pesquisa, às categorias "instrumentos de integração dos serviços de saúde" e "instrumentos para continuidade informacional", conforme quadro 2.

Como relatado até o momento, a integração do cuidado não corresponde a um conceito unificado; pode contar com diversas abordagens, o que se reflete nos diferentes modelos desenvolvidos no mundo. Para Wodchis, Williams e Mery (2014), as diferenças entre as iniciativas locais podem incluir a população-alvo, os tipos de serviços integrados e a forma de ocorrência dessa integração. Os autores relatam, também, que a observação de experiências internacionais demonstra, em geral, que a implementação de cuidados integrados se inicia por grupos locais de provedores de saúde, reunidos por meio de uma forte liderança local e relações de confiança. O desenvolvimento de algumas dessas iniciativas, condicionadas ao contexto político que fornece apoio *top-down* através de financiamento e infraestrutura, permite a disseminação desses modelos.

Quadro 2 – Categorias de análise, variáveis e indicadores da dimensão "integração entre níveis assistenciais"

Categoria de análise	Variáveis	Indicadores
Instrumentos de integração dos serviços de saúde	Sistema municipal de regulação e marcação de consultas e exames especializados	Existência de central municipal de regulação e marcação de consultas e exames especializados, percentual de médicos/enfermeiros que informaram existência de central de marcação de consultas especializadas
	Central municipal de regulação e controle de leitos e internações	Existência de central municipal de regulação e controle de leitos e internações
	Instrumentos de referência e contrarreferência para atenção especializada	Existência de instrumentos de referência e contrarreferência, percentual de famílias cadastradas encaminhadas por profissional da ESF que relataram receber informações por escrito para entregar ao serviço de referência, percentual de médicos que fornecem informações por escrito sempre/na maioria das vezes quando o paciente é referenciado para outros serviços, percentual de médicos que recebem contrarreferência sempre/na maioria das vezes após consulta do usuário com especialista
Instrumentos para continuidade informacional	Prontuários eletrônicos	Existência de prontuário eletrônico, percentual de médicos que referiram fazer registros no prontuário após cada consulta
	Protocolos clínicos	Implantação de protocolos clínicos

Fonte: adaptado de Almeida *et al.* (2010).

Para identificar se as iniciativas de integração foram bem-sucedidas, Wodchis, Williams e Mery (2014) citam algumas etapas-chave de sua concretização: o momento em que cada paciente que necessita de cuidados integrados no território tem acesso aos cuidados integrados de qualidade; quando os custos da atenção aos pacientes com necessidades complexas do território declinam e o estado de saúde melhora, liberando recursos para novas exigências e evolução do sistema de saúde; quando os próprios pacientes relatam participação satisfatória

no estabelecimento de suas metas de atendimento e no desenvolvimento de seus planos terapêuticos.

Por fim, como afirmam Hofmarcher, Oxley e Rusticelli (2007), destaca-se a grande influência exercida sobre a capacidade de coordenação pela falta de integração entre os níveis assistenciais e pela relação entre os prestadores, especialmente em função da existência de barreiras que dificultam o trânsito no interior do sistema de saúde, o que nos leva ao próximo tópico, acerca das redes entre os serviços que formam tais sistemas e sua aplicação ao caso brasileiro de reforma setorial.

Redes integradas de serviços de saúde

A fragmentação dos serviços de saúde e seu direcionamento às demandas de doenças agudas levam a uma atenção ineficiente no cuidado crescente e necessário às doenças crônicas, requerendo uma reorganização dos sistemas de saúde na busca pelo melhor cuidado, integração e qualidade da atenção à saúde. Conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (2012), a atenção às doenças crônicas traz a necessidade de articulação e coordenação bem estabelecidas entre uma atenção primária consolidada e os demais níveis de atenção, além de apoio de recursos comunitários e qualidade técnica, acesso e financiamento adequados.

A constituição de redes de serviços tem importante papel nesse aspecto, ao potencializar a coordenação entre os serviços e minimizar a fragmentação destes e suas consequências, como a dificuldade de acesso, serviços onerosos, ineficientes, de baixa qualidade técnica e que geram insatisfação dos usuários. Com a perspectiva de superar essas dificuldades e reorientar os serviços de saúde, foi proposto pela OPAS, juntamente à Organização Mundial de Saúde (OMS), o enfoque de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2012).

A definição mais difundida de “RISS” as descreve como um grupo de organizações que presta ou proporciona arranjos para que se prestem serviços de saúde de forma equitativa e integrada a uma determinada população. Acrescenta-se, também, a responsabilidade das RISS

pelos resultados clínicos e econômicos obtidos e pela saúde da população de referência, trazendo como objetivo dessa iniciativa contribuir para o desenvolvimento de sistemas de saúde baseados na atenção primária e que prestem serviços de alta qualidade técnica e satisfação das expectativas dos usuários (MEDEIROS, 2013; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2012; VÁZQUEZ *et al.*, 2009).

Dessa forma, supõe-se que os cuidados crônicos de forma integral seriam bastante favorecidos pela existência das RISS, uma vez que a articulação dos serviços em redes integradas proporciona acesso mais amplo aos usuários nos diferentes níveis de complexidade necessários, sendo a atenção primária porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde. Além disso, seriam facilitados a prevenção e o controle de doenças na população referenciada ao se levar em consideração os determinantes sociais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2012).

Acerca dos níveis de complexidade crescentes, Mendes (2011) criticamente afirma que marcam uma visão hierárquica no sistema de saúde brasileiro, gerando fragmentação na organização da atenção à saúde e estabelecimento de relações a partir de ordens e graus de importância entre os níveis. Segundo o autor, essa visão impossibilita a integração e articulação entre os pontos de atenção à saúde, sendo o sistema organizado por um conjunto de pontos isolados e, portanto, incapazes de proporcionar atenção continuada a seus usuários.

Em oposição à lógica de organizações hierárquicas rígidas suprarreferida, esse autor sugere a formação de redes flexíveis e abertas que compartilhem objetivos, informações, compromissos e resultados, havendo interdependência entre seus atores. Dessa forma, rompem-se as relações verticalizadas e formam-se novas, horizontalizadas, com a atenção primária à saúde como ordenadora.

Como visto, as RISS abrangem diversos serviços, que devem atuar de forma coordenada e integrada, permitindo continuidade na atenção aos indivíduos durante suas vidas. Para tanto, as RISS possuem atributos, estruturados segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2012), nestas categorias: modelo assistencial; governança e estratégia; organização e gestão; alocação de incentivos. No quadro a

seguir, constam esquematizados os atributos que caracterizam a RISS em cada uma dessas categorias.

Quadro 3 – Atributos que caracterizam a RISS, em suas respectivas categorias

Modelo assistencial	1. População e território bem definidos e com amplo conhecimento das necessidades em saúde, que determinam a oferta de serviços. Essa base populacional permite o reconhecimento e a abordagem das iniquidades no que se refere a cobertura, acesso e resultados em saúde.
	2. Rede extensa de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e gestão de doenças, reabilitação e assistência paliativa, e que integra os programas focados em doenças, riscos e populações específicas.
	3. Atenção primária multidisciplinar que abrange toda a população e possibilita o acesso ao sistema, que integra e coordena a atenção à saúde, além de atender à maior parte das necessidades em saúde da população.
Modelo assistencial	4. Prestação de serviços especializados no local mais adequado, oferecidos de preferência em ambientes extra-hospitalares.
	5. Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo dos serviços de saúde.
	6. Atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade, levando em consideração as particularidades culturais e de gênero, e os níveis de diversidade da população.
Governança e estratégia	7. Um sistema de governança único para toda a rede de serviço de saúde.
	8. Participação social ampla.
	9. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde.
Organização e gestão	10. Gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico.
	11. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede.
	12. Sistema integrado de informações que se vincula a todos os membros da rede, com desagregação dos dados por sexo, idade, local de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes.
	13. Gestão baseada em resultados.
Alocação e incentivos	14. Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas da rede de serviços.

Fonte: adaptado de Organização Pan-Americana de Saúde (2012).

Os sistemas de saúde latino-americanos passaram por reformas nas duas últimas décadas buscando minimizar suas desigualdades e ineficiência, principalmente voltados ao financiamento e prestação de cuidados de saúde. Entretanto, apesar da melhora de alguns indicadores de saúde, ainda hoje muitos desses sistemas caracterizam-se por sua desigualdade e fragmentação (MEDEIROS, 2013; VÁZQUEZ *et al.*, 2009).

As RISS foram, então, implantadas em vários países latino-americanos como meio para organizar os serviços de saúde em suas reformas, buscando melhoria da eficiência, qualidade, ampliação de cobertura e superação das desigualdades. Outros termos encontrados para se referir a tais redes são "sistemas integrados de serviços de saúde" e "organizações sanitárias integradas" (VÁZQUEZ *et al.*, 2009).

Mais especificamente no Brasil, conforme Silva (2011), a proposta de organização do sistema de saúde em rede estava presente implícita ou explicitamente desde o início da Reforma Sanitária, de forma que o SUS veio reduzir a segmentação a partir da união dos serviços às diferentes esferas de governo e da assistência médica previdenciária. Após vários anos envolvidos em reformas de primeira geração voltadas à montagem de sistemas locais de saúde, apenas em 2001, uma nova iniciativa apontou diretrizes nesse sentido, com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde, que deu ênfase à regionalização e prioridade na formação de redes integradas (SILVA, 2011). Essa norma é uma das evidências do processo de pactuação de reformas institucionais de segunda geração visando à integração funcional do SUS em âmbito regional.

É nesse contexto de mudanças que Mendes (2011) destaca a crise dos sistemas de atenção à saúde e a construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) em sua organização como estratégia de superação. Com isso, houve posicionamento no Brasil sobre as RAS a partir da Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para sua organização no âmbito do SUS.

Entretanto, esses modelos de Rede de Atenção à Saúde numa perspectiva regional no SUS, como uma forma de articulação do sistema

público de saúde brasileiro, ainda carecem ser efetivamente implantados, testados e avaliados para além da crítica retórica que integra tudo no papel e muito pouco na realidade intergovernamental do sistema de saúde. Ao mesmo tempo, sua capacidade de melhorar a efetividade e qualidade da prestação dos serviços necessita ser evidenciada com rigor científico, de acordo com o tipo de intervenção, uso de estímulos e mecanismos para integração de unidades e profissionais de saúde, sob distintos níveis de gestão pública, mediante a crescente necessidade de continuidade e coordenação dos múltiplos de serviços ofertados à população, sobretudo diante dos conflitos de governança institucional frequentemente observados no País. Para tanto, esses modelos de análise de integração aqui discutidos podem guiar esse esforço de avaliação das reformas, principalmente aquelas visando à regionalização e implantação de redes integradas no SUS.

Referências

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

BANCO MUNDIAL. *ICT at a Glance Definitions and Sources*. Disponível em: <http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20460697~menuPK:1192714~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

CONILL, E. M. *Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual*: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: ENSPSA; Madrid: FCSAI, 2007. Intercambio III.2-1-2007. Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención.

GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor

ambulatorial na Alemanha. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1081-1096, 2011.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 331-336, 2004.

HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. *Improved health system performance through better care coordination*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development, 2007.

KLAUW, D. V.; MOLEMA, H.; GROOTEN, L.; VRIJHOEF, H. Identification of mechanisms enabling integrated care for patients with chronic diseases: a literature review. *International Journal of Integrated Care*, [S.l.], v. 14, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/ PMC4109400/>. Acesso em: 23 dez. 2014.

KODNER, D.; SPREEWENBERG, C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, [S.l.], v. 2, 2002. Disponível em: <http://www.ncbi. nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401/>. Acesso em: 20 jun. 2014.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). O*s sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 39-64.

MEDEIROS, A. C. C. M. *Os registros de prontuários clínicos para estudo da coordenação assistencial na atenção ao portador de diabete melito tipo 2 da Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS) do Recife-PE*. 2013. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz, Recife, 2013.

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

NOLTE, E.; MCKEE, M. Integration and chronic care: a review. In: NOLTE, E.; MCKEE, M. (Eds.). *Caring for people with chronic conditions, a health system perspective*. Maidenhead: Open University, 2008.

NÚÑEZ, R. T.; LORENZO, I. V.; NAVERRETE, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 20, n. 6, p. 485-495, 2006.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Integrated health service delivery networks*: concepts, policy options and a roadmap for implementation in the Americas. Washington, DC, 2011. (Series: Renewing Primary Health Care in the Americas, n. 4). Disponível em: <http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=13214&Itemid=>. Acesso em: 28 jun. 2013.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Melhoria dos cuidados crônicos por meio das redes de atenção à saúde*. Washington, DC, 2012. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21401&Itemid=>. Acesso em: 20 jun. 2014.

PAULA, G.; DANDOLINI, G.A.; SOUZA, J. A. Tecnologia da Informação e Comunicação e as atividades de inteligência. *Revista Ordem Pública*, Santa Catarina, v. 5, n. 1, p. 119-137, 2012.

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

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

VÁZQUEZ, M. L. et al. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Revista Pan americana de Salud Pública*, Washington, v. 26, n. 4, p. 360-367, 2009.

WODCHIS, W. P.; WILLIAMS, A. P.; MERY, G. Integrating Care for Persons With Chronic Health and Social Needs. In: CONFERENCE WHITE

PAPER WORKING DRAFTS, 2014, Toronto. Creating Strategic Change in Canadian Healthcare Conference. Toronto, 2014.

4

Os diferentes arranjos organizacionais da estratégia de saúde da família no município do Recife-PE

Cláudia Maria dos Santos Pereira
Jaslene Carlos da Silva
Louisiana Regadas de Macedo Quinino
Sydia Rosana de Araújo Oliveira

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Atenção Primária à Saúde (APS), consagrada a partir da Conferência de Alma-Ata em 1978, é estratégia adequada para melhorar o acesso aos cuidados de saúde, para mitigar os custos elevados e potencializar as expectativas de qualidade (LAPÃO *et al.*, 2017). Essa concepção moderna de APS preconiza um sistema de atenção à saúde com base na população e está organizado em vários níveis de assistência (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Os conceitos de “saúde” e “atenção à saúde” trabalhados na conferência levavam em conta o contexto da nova ordem econômica mundial que impunha a segregação dos então países desenvolvidos daqueles ditos de Terceiro Mundo. A impossibilidade de dissociar o desenvolvimento econômico e social de um estado completo de saúde foi o mote das discussões que ficou expresso no ideário “Saúde para Todos” da declaração.

Dessa conferência, derivou a convocatória para que os governos formulassem políticas nacionais, estratégias e planos de ação para implementar a APS como parte de um sistema nacional de saúde integral e em coordenação com outros setores, de modo a enfrentar os determinantes sociais e ambientais da saúde, mobilizando vontade política e recursos. O Governo brasileiro se alinha a esse conceito e reconhece, na Constituição Federal de 1988, a conexão entre fatores socioeconômicos e ambientais na determinação do processo saúde-doença. Estabelece-se o preceito de "saúde como direito de todos e dever do Estado", conformando-se um sistema público e universal de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), que há 30 anos busca cumprir com os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Nos anos seguintes à Conferência de Alma-Ata, no entanto, o processo natural de propagação das ideias abriu precedentes para o surgimento de entendimentos variados sobre o que é APS, de modo que foram realizadas várias interpretações e abordagens: APS seletiva, que focava suas atenções para a população mais pobre; atenção primária, que se refere à porta de entrada dos sistemas de saúde; e, finalmente, a APS abrangente de Alma-Ata (GIOVANELLA *et al*., 2019). Segundo Buss (2018), a concepção abrangente de APS é uma estratégia para organizar o sistema de atenção, a partir da atenção primária, para a sociedade promover saúde, com enfoque em direitos humanos e enfatizando a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos de saúde.

É nesse contexto que alguns países tendem a executar a APS através da oferta de serviços mínimos direcionados a grupos de "risco", como os mais pobres. Esse modo de atuação dos governos vai, logicamente, de encontro ao que estava posto na declaração de Alma-Ata, pois não segue os princípios de saúde integral para todos.

Considerando esse cenário, e sob pena de se perderem conceitos e direitos, cita-se a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) como um desdobramento temporalmente distal, mas importante, das discussões de Alma-Ata. Essa Agenda, estabelecida em setembro de 2015, surgiu da decisão de líderes mundiais, reunidos na sede da ONU, de que, para pôr o mundo em um caminho sustentável, é urgente e necessário tomar medidas ousadas e transformadoras. Planos de ação para erradicar a pobreza, proteger o Planeta e garantir que as pessoas alcancem a paz e a prosperidade foram definidos nesse encontro (BUSS, 2019).

Quatro décadas depois de Alma-Ata, realizou-se a Conferência de Astana. O objetivo foi estabelecer um novo compromisso de uma APS compatível com o atual momento histórico global e a Agenda 2030 e seus objetivos de desenvolvimento sustentável. O que permeava as discussões da Conferência de Astana eram os ataques à APS num contexto mundial de políticas de austeridade, propostas principalmente pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), que rege que países com

déficit público considerado insustentável necessitam realizar cortes de despesas.

O principal produto da Conferência foi a Declaração de Astana, que "trouxe a leitura da APS *seletiva* baseada no conceito de Cobertura Universal a Saúde, cuja proposta é ampliar o acesso a serviços de saúde, diminuir as dificuldades financeiras das pessoas que utilizam esses serviços e pagam do próprio bolso, além de procurar alternativas para manter a solidez financeira dos sistemas" (LAURELL, 2016; GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Entretanto, a maior preocupação reside na possibilidade iminente de as reformas propostas por tal política, atreladas à redução da intervenção estatal, acabarem por favorecer e, mais do que isso, alavancar a orientação mercadológica da oferta de saúde, atingindo as populações de maneira desigual, resultando em aumento da iniquidade. Por fim, o que deveria ser a tônica é o valor da vida humana, axioma que deve reger as políticas de qualquer nação.

A evolução da APS no Brasil

Considera-se que a expansão da APS no Brasil se deu a partir de 1994, através do Programa Saúde da Família (PSF) (CONILL, 2008; PAIM, 2012). No entanto, alguns autores mostram que a evolução se deu em ciclos, iniciando na década de 1920 com os Centros de Saúde, criados na Universidade de São Paulo (USP). Em 1940, começou o segundo ciclo, com o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), depois denominado Fundação Nacional de Saúde. Na metade dos anos 1960, começou o terceiro ciclo, quando foi desenvolvido o núcleo tecnológico nas Secretarias Estaduais de Saúde, focalizando suas ações na prevenção das doenças, com a atenção médica voltada para um modelo dirigido ao grupo materno-infantil e doenças infecciosas, como tuberculose e hanseníase, chamado de programas de saúde pública, desenvolvidos com algum grau de verticalidade. Já o quarto ciclo ocorreu nos anos 1970, desenvolvendo-se como programa de atenção primária, culminando no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento,

iniciado pelo Nordeste em 1976 e em todo o País em 1979. O quinto ciclo, no início dos anos 1980, caracterizou-se pela cultura da atenção médica do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública. O sexto ciclo se deu com a instituição do SUS, municipalizando as unidades de APS, gerando grandiosa expansão dos cuidados primários. O atual e sétimo ciclo de desenvolvimento da APS do Brasil significou a implantação do PSF, que se denomina "ciclo da atenção básica", nos modelos de medicina familiar e de comunidade, influenciados por países como Inglaterra, Canadá e Cuba (MENDES, 2015).

O PSF, por suas características, se enquadra no sexto ciclo e, gradualmente, tornou-se a principal estratégia para a mudança do modelo assistencial e a ampliação do acesso de primeiro contato aos serviços de saúde no SUS. Pouco mais de dez anos depois, foi enunciado como Estratégia Saúde da Família (ESF) na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006. No entanto, desde a Constituição Federal de 1988, foram produzidas mudanças no paradigma da prática em saúde, em particular na atenção básica à saúde (PINTO; GIOVANELA, 2018).

Em 2017, no entanto, a PNAB foi reformulada numa conjuntura diferente daquela observada em 2006, sendo criticada principalmente por ferir os princípios de participação social. A desaprovação, embora não unânime, ressalta a superficialidade do debate, que desconsidera, dentre outras coisas, o controle social, a produção científica e os estudos técnicos na área. Ainda assim, ao longo desses anos, a APS no Brasil evoluiu, sendo expandida para todo o território nacional (MELO *et al.*, 2018).

Até a criação do SUS, o direito à assistência à saúde estava restrito à parcela da população vinculada ao mercado de trabalho formal, que contribuía compulsoriamente para a Previdência Social com uma taxa proporcional ao seu salário. Decorrente da elevada informalidade do mercado de trabalho, a cobertura desse seguro social alcançava menos de 50% da população, realidade que mudou com a criação do SUS: o acesso passou a ser universal como direito inerente à condição

de cidadão, independentemente da inserção no mercado de trabalho (MELO *et al.*, 2018; PINTO, GIOVANELLA, 2018).

Importa destacar, nesse processo, que o conceito de "descentralização" advindo dessas discussões trouxe, com ele, o aumento gradual da importância atribuída aos municípios, a partir de então considerados como entes federativos com elevado grau de responsabilidade na implementação e execução de políticas públicas (HERMANY; TOALDO, 2016). Com isso, os municípios não apenas devem implementar políticas (descentralização administrativa), mas precisam se responsabilizar do ponto de vista institucional, gerencial e político por elas. Pode-se considerar que esse processo se completou e, hoje, os mais de 5.500 municípios brasileiros se responsabilizam pela atenção primária de seus habitantes e, em parceria com as secretarias estaduais de saúde e com outros municípios de sua região, pela atenção especializada e hospitalar (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Mesmo levando em conta alguns entraves, estudos recentes mostraram que essa expansão foi uma experiência exitosa, revelando que 86,2% da população coberta procuram a unidade quando identificam um problema de saúde e 95,6% desses residentes adscritos já tinham sido atendidos na unidade em outros momentos (ARANTES, 2016). Outros estudos revelam que, para além dos números, a expansão da APS refletiu positivamente em indicadores (FACHINNI *et al.*, 2008; TOMASI *et al.*, 2017); destaca-se, aqui, a redução da mortalidade infantil e de menores de cinco anos nos municípios brasileiros, mesmo quando controlada a ação de outros fatores determinantes (MACINKO *et al.*, 2006, 2007; AQUINO, 2009; GUANAIS, 2009). Também em relação às internações por causas sensíveis à atenção primária, vários estudos têm destacado o papel da ESF na redução dessas hospitalizações (MACINKO *et al.*, 2010; DOURADO, 2011).

Atenção primária: pressupostos, conceitos e atributos

O conceito base utilizado aqui traz a APS como um componente-chave dos sistemas de saúde, sendo uma estratégia de organização, pois ela é

ordenadora e coordenadora das Redes de Atenção à Saúde (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Um sistema de saúde baseado na APS é composto por elementos funcionais e estruturais para garantir a cobertura e o acesso universal a serviços de saúde de forma equânime. Além de tais elementos, esses serviços apresentam características com foco na redução da mortalidade infantil, organização do fluxo de usuários para os serviços secundários e de urgência e emergência, acesso a ações de prevenção e promoção, juntamente com a diminuição das internações pelas complicações potencialmente evitáveis (MENDES, 2015). Esses serviços devem oferecer cuidados coordenados e adequados ao longo do tempo, enfatizar a prevenção e a promoção da saúde, e assegurar o cuidado no primeiro atendimento, tendo por base as famílias e as comunidades no seu planejamento e ações (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011). Segundo Starfield, um sistema de saúde pode estar organizado com a APS como o primeiro nível de acesso ('acesso de primeiro contato'), longitudinalidade, integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro da rede de um sistema de saúde. Essas características são denominadas pela autora como *atributos essenciais*. Os serviços de APS ainda podem contar com outras características: a orientação familiar e comunitária, a competência cultural, sendo esses denominados *atributos derivados* (STARFIELD, 2002; LIMA *et al.*, 2018).

O *atributo primeiro contato*, relativo ao acesso de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, é uma fonte de cuidado a cada novo problema ou novo atendimento de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas (STARFIELD, 2002). Esse atributo mostra o "ponto de início de atenção e filtro para acesso a serviços especializados", aponta a um serviço de porta de entrada regularmente procurado (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Acesso é um conceito multidimensional, que pode ser "acesso potencial", relacionado à presença nos indivíduos de fatores capacitantes para o uso dos serviços; e "acesso realizado", a utilização do serviço

em si, também influenciado por outros fatores que não o acesso potencial (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Uma forma de acesso bastante utilizada nos serviços de APS é através do dispositivo trazido pela Política de Humanização, o acolhimento, que, além de fortalecer o trabalho multiprofissional e intersetorial, qualifica a assistência à saúde e humaniza as práticas (GARUZI *et al*., 2014).

O atributo *longitudinalidade* trata da relação estabelecida ao longo de um período, com a criação de vínculo, definida pela existência de uma fonte contínua de atenção ao longo do tempo, refletida em uma relação de confiança mútua, interpessoal entre o usuário e o profissional. A literatura destaca o potencial da longitudinalidade como possibilidade para conhecer o usuário, seu contexto social, hábitos de vida e problemas de saúde, permitindo intervenções adequadas e resolutivas (STARFIELD, 2002; KESSLER, 2018).

Já a *integralidade da atenção* lida com a identificação e disponibilidade de recursos suficientes para atender às necessidades relacionadas à saúde daquela população ou paciente, haja vista a gama de serviços disponíveis e ofertados pelas unidades da atenção primária, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (STARFIELD, 2002).

Para Hartz e Contandriopoulos (2004), a integração dos cuidados deve ser uma coordenação durável das práticas clínicas prestadas a alguém que sofre com um ou mais problemas de saúde, a fim de assegurar a continuidade dos serviços requeridos por diferentes profissionais e organizações, vinculadas no tempo e no espaço, de acordo com os conhecimentos disponíveis.

O atributo *coordenação da atenção* trata do componente mais importante, como sabedor dos problemas do usuário. A atenção primária integra ou coordena os serviços prestados por diferentes pontos da rede, a depender da necessidade do usuário (STARFIELD, 2002).

Por fim, os *atributos derivados* qualificam as ações dos serviços de APS: orientação familiar, atenção à saúde centrada na família; avaliação das necessidades individuais, considerando o contexto familiar, seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde; orientação

comunitária, com o reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos; e, em relação à comunidade, o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços e competência cultural, com adaptação da equipe e profissionais de saúde às características culturais especiais da população, facilitando a relação e a comunicação.

Ao assumir a saúde da família como estratégia, a PNAB 2006 fortalece a mudança do modelo assistencial, estabelecendo a ESF como porta de entrada preferencial e de coordenação da atenção dentro da rede. Estudos mostram que sistemas de saúde que contam com uma "porta de entrada" organizada tendem a apresentar melhores resultados (CALNAN *et al.*, 2005).

Mudança no perfil de saúde da população brasileira e a necessidade de novos arranjos organizacionais

Sabendo que os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população, ao se discutir quaisquer propostas de organização desses sistemas, deve-se começar por analisar as necessidades de saúde expressas nas populações para as quais estão sendo desenhados, levando em conta que estas variam de acordo com o local e o tempo. Assim, as populações devem ser analisadas de acordo com aspectos demográficos e epidemiológicos (MENDES, 2010).

Às mudanças ocorridas na frequência, na magnitude e na distribuição das condições de saúde e que se expressam nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e, em geral, acontecem concomitantemente com outras transformações demográficas, sociais e econômicas, dá-se o nome de "transição epidemiológica" (SANTOS-PRECIADO *et al.*, 2003).

Essa transição ocorre em diferentes padrões nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo que nos primeiros ela se fez, classicamente, por etapas sequenciais, enquanto que nos segundos, em geral, e no Brasil, em particular, apresenta características específicas,

identificadas pela sobreposição de etapas. Essa situação epidemiológica se define por alguns atributos fundamentais: a tripla carga de doenças, que 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 o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas (FRENK, 2008).

Do ponto de vista demográfico, o Brasil também vive uma transição acelerada. A população brasileira, apesar de baixas taxas de fecundidade, vai continuar crescendo nas próximas décadas, como resultado dos padrões de fecundidade anteriores. O percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, alcançará 19% em 2050, superando o número de jovens. Desse cenário, pode-se esperar um crescente incremento relativo das condições crônicas.

Considerando esses fatos com suas particularidades, recomenda-se que os sistemas assistenciais em saúde sejam organizados separando as condições em agudas, que têm curso curto e podem ser respondidas por um sistema reativo e com respostas episódicas; e em crônicas, que têm curso mais ou menos longo e exigem um sistema que responda a elas de forma proativa, contínua e integrada (MENDES, 2010).

Mendes (2010) ressalta que os problemas nos sistemas de assistência à saúde detectados em diversos países, mesmo que em diferentes graus, decorrem de uma inabilidade em se estruturar as respostas sociais mediante as situações de transição demográfica e epidemiológica. Situações de saúde de forte predomínio relativo das condições crônicas não podem ser respondidas com eficiência, efetividade e qualidade por sistemas de saúde voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas, e organizados de forma fragmentada – é esse o principal problema do Brasil.

A partir das experiências internacionais e nacionais, pode-se afirmar que um dos obstáculos principais no SUS reside na incoerência entre a situação de condição de saúde brasileira de tripla carga de doença, com o forte predomínio relativo das condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde adotado, que é fragmentado, episódico,

reativo e voltado prioritariamente às condições e aos eventos agudos. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde, e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio. Nesses sistemas, a atenção primária à saúde não pode exercitar seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado. Desse modo, têm sido vislumbradas novas formas de organização dos serviços que possam investir essencialmente na gestão e/ou manejo das condições crônicas intrinsecamente relacionadas ao envelhecimento, apostando-se na promoção da saúde, em hábitos ou estilo de vida saudáveis por meio da APS (LAPÃO *et al.*, 2017).

No Brasil, avanços nesse sentido foram dados com a elaboração e implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), através da Portaria GM/MS nº 4.279/2010, na forma de redes temáticas, priorizando algumas linhas de cuidado. As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado (CASANOVA *et al.*, 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Para que a RAS cumpra seu papel, é imprescindível que a Atenção Primária à Saúde (APS) esteja organizada de modo a ficar integralmente responsável pelo fluxo do usuário na Rede de Atenção à Saúde, cumprindo seu atributo de coordenação do cuidado. Uma APS organizada, no Brasil, significa uma estratégia de saúde da família forte como porta de entrada do sistema, oferecendo atenção integral, equânime e contínua, conforme anteriormente já mencionado (LAPÃO *et al.*, 2017; MENDES, 2008).

A estrutura da demanda por cuidados primários e a necessidade de ajuste dos serviços de APS

Para se constituir uma APS forte, o primeiro passo é estabelecer a estrutura da demanda por cuidados primários. Sabe-se que, pelas suas características, a demanda na APS é complexa, por suas dimensões

quantitativa e qualitativa, e por sua diversidade. As pessoas buscam a APS por diversos motivos: desde uma solicitação burocrática até a existência de entidades nosológicas, com sinais e sintomas estabelecidos (LANDSBERG *et al*., 2012). A demanda na APS é quantitativamente muito alta e envolve amplo espectro de problemas. Estudo realizado por Green (2001) estimou que em um mês, em média, 21,7% da população de determinado lugar demandarão uma unidade de cuidados primários. Já uma pesquisa realizada na APS de Florianópolis por Gusso (2009) mostrou que foram estabelecidos, em média, 1.625 motivos de consultas e 1.475 problemas por consulta. Nessa mesma pesquisa, foi evidenciado que 28 problemas respondem por 50,4% da demanda total na APS. Dessa forma, estabelecer quais as reais necessidades da população é condição *sine qua non* para uma APS efetiva.

Diversos estudos nacionais e internacionais mostram a diversidade das demandas na APS:

- existe uma relação próxima entre a demanda não programada e a demanda programada: pesquisa feita em Florianópolis mostrou que, aproximadamente, 40% das consultas na APS são por demandas não programadas ou demandas espontâneas e 60% são por atendimentos programados (GUSSO, 2009); ainda, dados provenientes de USF da Bahia apontam para a coexistência dos dois tipos de demanda (ARAÚJO, ASSIS, 2017);
- os atendimentos na APS se concentram nas condições crônicas: do total de 28 problemas de saúde mais frequentes, 21 (82%) são condições crônicas e 7 são condições agudas (18%) (GUSSO, 2009);
- a demanda na APS envolve uma quantidade significativa de problemas gerais e inespecíficos: pesquisa feita em Betim, Minas Gerais, constatou que 29,8% dos motivos de consultas são relativos a problemas gerais ou inespecíficos (LANDSBERG *et al*., 2012);
- a demanda na APS é concentrada em enfermidades: há uma diferença entre doença e enfermidade (condição de sentir-se mal ou de sofrer difusamente, referindo-se, portanto, às percepções

subjetivas das pessoas diante de uma situação de sentir-se doente). Metade das pessoas atendidas nas unidades de cuidados primários apresenta enfermidades, mas não doenças (GAWANDE, 2002);

- a demanda na APS é concentrada em um grupo de pessoas hiperutilizadoras: uma pesquisa sobre pessoas hiperutilizadoras da APS, feita em duas unidades do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, mostrou que 44% das pessoas eram hiperutilizadoras (mais de seis consultas por ano); 44% delas obtiveram 78,7% do total de consultas contra 56% de não hiperutilizadoras, que obtiveram 21,3% do total de consultas (FERNANDES *et al*., 2009);
- a demanda administrativa (de caráter não clínico, como solicitação de atestados) é muito significativa na APS: pesquisa feita em Betim, Minas Gerais, evidenciou que 20% do total de consultas na APS ocorreram em razão de demandas administrativas (LANDSBERG *et al*., 2012);
- a demanda por cuidados preventivos é muito significativa na APS: pesquisa feita em Florianópolis, Santa Catarina, indicou que prevenção e manutenção da saúde responderam por 5,7% do total de atendimentos na APS (GUSSO, 2009);
- a demanda por atenção domiciliar é muito significativa na APS: estudo feito na Holanda, analisando mais de 500 mil consultas com médicos de família, verificou que o primeiro motivo para se procurar o sistema de atenção à saúde foi avaliação médica, e o primeiro diagnóstico registrado pelos médicos foi de prevenção. Outro estudo, realizado na Austrália, chegou a resultados semelhantes (MENDES, 2012).

Não resta dúvida de que a estrutura da demanda na APS é ampla e diversificada. Contudo, na prática, opera-se com uma estrutura de demanda limitada que parece desconhecer ou ter dificuldades em reconhecer essa diversidade: demanda espontânea que cobre as condições agudas e as agudizações das condições crônicas; demanda programada

que se limita às condições crônicas não agudizadas; demandas administrativas; demandas por atenção preventiva; e demandas por visitas domiciliares. Some-se a isto dificuldades com o acesso.

Estudo realizado por Reis *et al.* (2013) que visou avaliar o acesso e a utilização dos serviços de APS por 30 gestores, 80 profissionais, 882 usuários em São Luís do Maranhão, utilizando o PCAtool, mostrou que o acesso foi a dimensão pior avaliada e o não funcionamento das unidades, após as 18 horas e finais de semana, foi sua principal dificuldade. Detalhando o estudo, viu-se que 1) a possibilidade de conseguir consulta em menos de 24 horas foi a segunda característica da ESF que mais facilita o acesso; 2) a indisponibilidade da unidade de saúde no fim de semana e/ou pelo menos uma vez por semana após as 18 horas e a necessidade de perder trabalho para realizar consulta foram apontadas como nós críticos para o acesso.

Starfield (2002) diferencia "acesso" de "acessibilidade". A acessibilidade se relaciona com a possibilidade de as pessoas chegarem aos serviços, e o acesso permitiria o uso oportuno dos serviços de forma a atender as necessidades do usuário. O acesso envolve a consecução do cuidado a partir das necessidades e está vinculado à resolubilidade, extrapolando a simples dimensão geográfica e incluindo outros aspectos de ordem econômica, cultural, organizacional e de oferta de serviços.

Observa-se, então, uma tendência de ampliação da abrangência do conceito de "acesso", deixando de enfocar somente a questão da entrada nos serviços para incorporar também os resultados dos cuidados recebidos, dando importância à discussão da justiça social e da equidade (TRAVASSOS, 2002). Percebe-se, também, que ele deixa de ser tratado em bases estritamente quantitativas (número de atendimentos e rendimento profissional das horas), passando a levar em conta aspectos qualitativos ligados ao acolhimento e seguimento do tratamento no sistema, envolvendo elementos tanto da população adstrita quanto dos serviços que lhe são ofertados, bem como os valores que existem no território (STARFIELD, 2002)

Deriva dessas discussões a necessidade de readequar a APS às demandas reais da população. O processo de mudanças na APS implica

adensá-la tecnologicamente para capacitá-la a responder socialmente, de forma efetiva, aos diferentes perfis de demandas por cuidados primários.

Nesse sentido, envolve um conjunto de ações que se dão em dois componentes do Modelo de Donabedian: a estrutura e os processos. As mudanças na estrutura envolvem uma nova concepção de estrutura física, a ampliação da equipe de saúde, a adequação dos recursos materiais e financeiros e a organização dos macro e microprocessos da APS. As mudanças nos processos envolvem a organização: dos macroprocessos de atenção aos eventos agudos e de atenção às condições crônicas não agudizadas, às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades; dos macroprocessos da atenção preventiva e das demandas administrativas; e dos macroprocessos da atenção domiciliar e do autocuidado apoiado (CAMPOS, 2014).

Arranjos organizacionais possíveis da estratégia de saúde da família com foco na ampliaçao do acesso: o caso das Upinhas 24 horas e Upinhas dia da cidade do Recife - PE

A organização federativa do Estado brasileiro concede aos municípios poder para gerir integralmente suas políticas. Por sua vez, a imensa diferença existente entre os municípios no que diz respeito a porte populacional, densidade demográfica, vias de acesso, desenvolvimento social, econômico e político, além da capacidade de arrecadação tributária, implica diferentes arranjos de políticas públicas de saúde.

Foi considerando que o horário de funcionamento das ESF é um entrave ao estabelecimento de uma APS forte e sustentável que algumas regiões do Brasil começaram a ofertar, nos serviços de atenção básica, horários estendidos, como, por exemplo, em Mogi das Cruzes (SP) e Boa Vista (RR) (PESSOA; GOUVEIA; CORREIA, 2017).

De fato, o horário habitual de funcionamento das ESFs não tem alcançado grande parte da população, observando-se choques entre o horário de trabalho dos usuários e o horário de funcionamento desses serviços. Mais da metade de todas as consultas em urgência hospitalar

ocorre entre as 17 horas e as 8 horas da manhã, e aos finais de semana (O'MALLEY, 2013).

O atendimento em horário estendido é, assim, um meio de ampliar o acesso à APS. Sendo esse horário desempenhado pelo próprio médico da ESF e sua equipe, diminui-se o risco de fragmentação do cuidado em departamentos de emergência que desconhecem o paciente, ou não têm acesso ao seu prontuário, o que pode, ainda, reduzir custos para o sistema de saúde como um todo, visto que serviços de emergência têm custo mais alto (O'MALLEY, 2013).

A cidade do Recife, praticando a autonomia concedida pelo arranjo federativo brasileiro e a necessidade de ampliação do acesso, criou, a partir de 2013, ESF com novos arranjos operacionais, denominadas "Upinhas 24 horas" e "Upinhas dia".

Nas Upinhas 24 horas, cada unidade é ocupada por três equipes de saúde da família (eSF), todas com equipe de saúde bucal, cada uma com aproximadamente 3.500 usuários cadastrados. Durante a semana, de segunda a sexta-feira, das 7 às 19 horas, a assistência é oferecida pelas três eSF. Nesses horários, são ofertados cuidados programados e assistência à urgência apenas aos usuários cadastrados na unidade, perfazendo um total de aproximadamente 10.500 pessoas adscritas (PREFEITURA DO RECIFE, 2019; FERREIRA, 2016). Há, ainda, um incremento de uma equipe com médico, enfermeiro e técnico de enfermagem no período noturno das 19 às 7h, nos finais de semana e feriados.

Upinha deriva da sigla "UPA", que significa Unidade de Pronto Atendimento. Essa denominação tem trazido muitas dúvidas e desafios para os profissionais que vão compor esses novos arranjos, visto que na sua essência são, na verdade, Unidades da Estratégia Saúde da Família com estrutura diferenciada para "pequenas urgências" da atenção básica, com funcionamento das 7 às 19h (FERREIRA, 2016). A Upinha 24h apresenta, ainda, uma área adscrita ampliada para a equipe plantonista, ou seja, os profissionais que atendem à noite, finais de semana e feriados. Além da área adscrita das três equipes da Estratégia Saúde da Família, também podem atender, nesses horários, usuários de outras USF, desde que pactuada a vinculação prévia.

O escopo de casos urgentes que podem ser atendidos nas Upinhas 24h é delimitado sendo definido as situações de urgências que podem ser manejadas no serviço, ou seja: “Em caso de urgências, os usuários cadastrados devem procurar a Unidade para as situações de tonturas, vômitos, dores abdominais, diarreia, febre, viroses, dores de ouvido, crises leves de asma, ferimentos superficiais, resfriados, gripes, dores no peito, manchas no corpo, dores de garganta.”

As “Upinhas 24 horas” foram construídas seguindo um único projeto arquitetônico, com pequenas modificações na área externa. Nessas unidades, encontram-se recepção com banheiros para usuários e sala de espera; uma sala de pré-consulta; uma sala de acolhimento; uma sala do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF); uma sala para atividades coletivas; uma sala de vacinas; uma sala de curativos; uma sala de esterilização; uma sala de reuniões; seis consultórios, dois com sanitários e macas ginecológicas; consultório odontológico com três cadeiras de atendimento e sala de Raio X; sala de observação (com cinco leitos, saídas de gases, eletrocardiógrafo, desfibrilador automático, monitor/desfibrilador); sala de nebulização; sala de roupa limpa; sala de roupa suja; repouso masculino e feminino; banheiros para funcionários; sala de administração; depósito de material de limpeza (DML); Centro de Processamento de Dados (CPD). Todas são informatizadas e utilizam o *software* Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do Sistema e-SUS Atenção Básica (FERREIRA, 2016; PESSOA; GOUVEIA; CORREIA, 2017).

A Upinha Dia, por sua vez, objetiva garantir serviços com melhores estruturas em relação à atenção primária, visto que suas atividades de rotina são semelhantes às desenvolvidas nas USFs já existentes, mas apresenta a proposta de proporcionar atendimento de terceiro turno em um dia da semana (RECIFE, 2013). As Upinhas Dia se diferenciam por serem construídas em prédio próprio, que atende a todas as modernas normas padrão de qualidade em estrutura física para os serviços de APS, com equipamentos odontológicos equiparados aos das equipes da Estratégia Saúde da Família, além de todas as salas estarem informatizadas com utilização do PEC. Essas unidades disponibilizam

equipe multidisciplinar – médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário, cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal –, além de serem ponto de apoio à equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Apesar de utilizar o conceito de acesso ampliado, que parece atraente por prometer melhorar os serviços de saúde dentro da definição de AP, o terceiro turno de atendimento não parece garantir a real ampliação desse acesso. Para tanto, faz-se necessário que outras barreiras, como forma de agendamento, sejam repensadas. Outro fator a ser considerado é que o modelo adotado nas Upinhas é o "acolhimento à demanda espontânea", o qual favorece uma dicotomia entre esta e a "agenda programada", privilegiando a primeira, o que vai de encontro aos princípios de APS. Privilegiar a "demanda espontânea" corrobora outro fenômeno observado nas "Upinhas": a percepção, por parte de profissionais e usuários, de que essas unidades têm um caráter emergencista (JCOnline, 2014).

Ainda, pode-se apontar como problema o fato de que alguns profissionais que atuam nessas Upinhas persistem em agendas setorizadas por grupos de risco (puericultura, gestantes, hipertensos e diabéticos). Quando os esforços são concentrados nesses grupos, outras demandas são negligenciadas. Para que haja, de fato, a ampliação de acesso à rede de APS da cidade, a implantação de serviços 24 horas precisa, ainda, estar alinhada ao funcionamento das demais USFs.

Esses percalços mostram que, em vez de reorientar o modelo de atenção, o arranjo acaba favorecendo a fragmentação do cuidado, prática que precisa ser abolida da APS em seu conceito amplo. O modelo de horário estendido, apesar de garantir a assistência por um profissional de saúde, parece favorecer a quebra na continuidade do cuidado, pois nos finais de semana e horários noturnos, após as 19h, a chance de o usuário ser atendido por seu próprio médico de família, ou por sua equipe, é pequena.

Pode-se concluir, com isso, que esse rearranjo da APS é desnecessário se houver eSF de alta qualidade, dado que, nessas condições, ela deve conseguir dar resposta a todas as demandas.

Assim, a experiência do Recife, da forma como se apresenta, parece ser baseada na concepção de uma APS que funciona mais como complemento para "desafogar" os serviços de atendimento às urgências já existentes, e não como ordenadora do serviço de atenção às urgências.

Considerações finais

As mudanças no cenário demográfico e epidemiológico do Brasil têm criado novas demandas, exigindo a reorganização da atenção à saúde. Novos arranjos visando à ampliação do acesso, principalmente no que concerne ao horário de funcionamento das ESFs, têm sido implementados, sendo apontados como fatores contribuintes para a ordenação do cuidado dentro do conceito de RAS coordenadas pela APS. Utilizando-se a autonomia concedida pelo arranjo federativo brasileiro, a cidade do Recife cria e implementa as Upinhas 24 horas e Upinhas Dia, visando estender o horário de atendimento aos munícipes das áreas adscritas e outros, mediante pacto prévio.

Tais modelos, no entanto, parecem mais contribuir para a fragmentação do cuidado, principalmente pela tendência de se perceber essas unidades dentro de um caráter emergencista. Pode-se concluir que a melhoria das ESFs já existentes pode ter um impacto muito maior na ampliação do acesso do que a criação de serviços extras, entendendo-se que o processo de ampliação de acesso ainda é bastante incipiente, cabendo a necessidade de novos estudos no que diz respeito aos benefícios de uma descaracterização da APS em detrimento de maior acesso aos serviços de saúde ou, ainda, estudos que possam estabelecer a qualidade dos diversos arranjos organizacionais da Cidade do Recife contribuindo de forma significativa para a avaliação da APS no País.

Referências

ALMEIDA, P. F et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, v. 42, n. spe 1, 2018.

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016.

ARAÚJO, P. O.; ASSIS, M. M. A. Organização da demanda e oferta de serviços na estratégia saúde da família. *Rev. Saúde.Com*, v. 13, n. 4, p. 994-1002, 2017.

BUSS, P. *Da declaração de Alma-Ata à declaração de Astana*: direito universal ou cobertura universal de saúde? 4ª Reunião da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS) Rio de Janeiro, nov. 2018. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/De%20Alma%20Asta%20a%20Astana.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BUSS, P. Promoção da Saúde, atenção básica e interface com a Agenda do Desenvolvimento 2030 e seus ODS. *1ª Conferência de Promoção da Saúde da Fiocruz*. 2019.

CALNAN, M.; HUTTEN, J.; HRVOJE, T. The challenge of co-ordination: the role of primary care professionals inpromoting integration across the interface. In: SALT-MAN, R. B.; RICO, A.; WIENKE, B. (Eds.). *Primary Care inthe Driver's Seat*. Organizational reform in Europeanprimary care. Maidenhead: The European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press, 2005. p. 85-104.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252-264, out. 2014.

CASANOVA, A. O. et al. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, 2017.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, n. 24, Supl. 1, p. S7-S27, 2008.

DOURADO, I.; OLIVEIRA, V. B.; AQUINO, R. et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care*, v. 49, n. 6, p. 577-584, 2011.

FACCHINI, L.; PICCINI, R.; TOMASI, E. et al. Contribuições do Estudo de Linha de Base da UFPEL às políticas, aos serviços e à pesquisa em atenção básica à saúde. In: HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. V. (Orgs.). *Meta-avaliação da atenção básica em saúde*: teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 167-197.

FERNANDES, L. C. L. et al. Utilização de serviço de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, n. 43, p. 595-603, 2009.

FRENK J. *Bridging the divide*: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health, 2006.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.

GAWANDE, A. *Complications*: a surgeon´s notes on an imperfect science. London: Profile Books, 2002.

GIOVANELLA, L. et al. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad. Saúde Pública*, v. 35, n. 3, 2019.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008. p. 575-625.

GREEN L. A. et al. The ecology of medical care revisited. *New Engl J Med*, n. 344, p. 2021-2025, 2001.

GUANAIS, F.; MACINKO, J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambul Care Manage*, v. 32, n. 2, p. 115-122, 2009.

GUSSO G. D. F. Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária. 2. ed. (CIAP-2). Tese (Doutorado em Medicina) – USP, São Paulo, 2009.

HARTZ, Z. M. A; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública*, v. 20, suppl. 2, p. S331-S336, 2004.

HERMANY, R.; TOALDO, A. M. *Gestão local da política pública*: redimensionamento do pacto federativo em prol da eficácia da saúde pública no Brasil. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/view/14616/3530>. Acesso em: 20 jun. 2019.

KESSLER, M. et al. A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 71, n. 3, p.1063-1071, 2018.

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

LANDSBERG, G. A. P. et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. *Ciênc. Saúde Coletiva,* v. 17, n. 11, 2012.

LAPAO, L. V. et al. Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 713-724, mar. 2017.

LAURELL, A. E. C. Políticas de salud en pugna: ase-guramiento frente a sistemas universales públicos. *Rev Latinoam Enferm*, n. 24, p. e2668, 2016.

LIMA, J. G. et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde Debate*, v. 42, n. spe 1, 2018.

MACINKO, J.; DOURADO, I.; AQUINO, R. et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff*, Millwood, v. 29, n. 12, p. 2149-2160, 2010.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. D. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MACINKO, J.; SOUZA, M. F. M.; GUANAIS, F. C. et al. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med*, v. 65, n. 10, p. 2070-2080, 2007.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 38-51, set. 2018.

MENDES, E. V. *A construção social da atenção primária à saúde*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Brasília, DF, 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde*: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

O'MALLEY, A. S. After-hours access to primary care practices linked with lower emergency department use and less unmet medical need. *Health Aff*, Millwood, v. 32, n. 1, p. 175-183, 2013.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *A atenção à saúde coordenada pela APS*: construindo as redes de atenção no SUS. Brasília, DF, 2011.

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? *Saúde Debate*, v. 36, n. 94, p. 343-347, 2012.

PESSOA, B. H. S.; GOUVEIA, E. A. H.; CORREIA, I. B. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as "Upinhas" do Recife. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, 2018.

PREFEITURA DO RECIFE. *Nona Upinha começa a funcionar no Recife*. Recife, 2017. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/noticias/12/04/2016/nona-upinha-comeca-funcionar-no-recife>. Acesso em: 3 abr. 2017.

REIS, R. S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, nov. 2013

SANTOS-PRECIADO, J. I. et al. La transición epidemiologica de las y de los adolescentes en México. *Salud Pública de México*, n. 45, p. 140-152, 2003.

STARFIELD, B. *Atenção primária*: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

TOMASI, E.; FERNANDES, P. A. A.; FISCHER, O. T. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública*, v. 33, n. 3, p. e00195815, 2017.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, suppl. 2, p.S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, C. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud* Publica, v. 11, n. 5, p. 365-373, 2002.

5

Mecanismos de integração dos serviços de atenção domiciliar na Rede de Atenção à Saúde em Recife/PE

Jéssica Mascena de Medeiros
Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Sydia Rosana de Araújo Oliveira
Simone Cristina da Costa Ferreira

Introdução

A mudança no perfil populacional, decorrente do aumento na proporção de idosos e da maior sobrevida de pacientes com doenças crônico-degenerativas, implica necessidade de transição também na atenção à saúde, a partir de implementação de novas estratégias que preencham as lacunas assistenciais nos sistemas de saúde (DUARTE; BARRETO, 2012).

A atenção domiciliar ganha, então, destaque ao proporcionar um ambiente psicossocialmente favorável a pacientes e familiares, retomando o domicílio como espaço de produção do cuidado, em oposição à sobrecarga hospitalar existente (LIMA; SPAGNUOLO; PATRICIO, 2013). Sua demanda crescente é considerada um fenômeno comum à maior parte dos países ocidentais e permite novas formas de planejamento de projetos terapêuticos, em que usuários e rede social têm sua autonomia expandida (SILVA *et al.*, 2010; SEIXAS, 2014).

No Brasil, a atenção domiciliar foi impulsionada com o Sistema Único de Saúde (SUS) e, desde 2002, a legislação brasileira reconhece o atendimento e a internação domiciliar como modalidade voltada à integralidade do cuidado. Com a Política Nacional de Atenção Domiciliar, publicada em 2011, essa modalidade de atendimento passou a integrar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e se caracteriza por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção à saúde (SILVA *et al.*, 2010; OLIVEIRA NETO; DIAS, 2014; SEIXAS *et al.*, 2014).

Em 2011, através do Programa Melhor em Casa, os municípios brasileiros passaram a contar com financiamento do Governo Federal para implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), que possibilitam aos usuários assistência em domicílio pela atuação das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes

Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Cada equipe tem composição e periodicidade de atendimento diferentes (BRASIL, 2011, 2016). Recife, capital nordestina com maior índice de população idosa (11,8%), possuía no último censo demográfico uma população de 1.537.704 habitantes (IBGE, 2010), o que a torna apta a implantar quinze equipes EMAD e cinco EMAP. Entretanto, a cobertura dos oito distritos sanitários do município é realizada por nove EMADs e três EMAPs, a partir de equipes conveniadas através de instituições filantrópicas.

A existência de mecanismos de integração de toda a rede de serviços é um atributo essencial para que haja interligação entre seus componentes nos diferentes níveis de atenção. A rede deve permitir que os usuários realizem seu percurso entre os serviços de forma contínua, tendo acesso a recursos das mais diversas complexidades técnicas, densidades tecnológicas ou nível de especialização, conforme sua necessidade e com acesso a partir da atenção primária (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2012).

A incorporação de mecanismos de integração aos sistemas de saúde tem ocorrido de forma mais concreta em alguns países, a exemplo da Dinamarca (WODCHIS; WILLIAMS; MERY, 2014), e mais pontualmente em outros, a exemplo do Brasil. As principais estratégias para integração no Brasil estão tradicionalmente relacionadas à territorialização dos serviços e adscrição de clientela, informatização das histórias clínicas, formação de centrais de marcação de consultas, equipes de apoio à Atenção Primária à Saúde formadas por especialistas e criação de redes com gestão regional e/ou municipal (CONILL, 2007).

Considerando a escassez de pesquisas direcionadas à implementação dos SAD no SUS, no tocante a sua integração e mecanismos instrumentais utilizados na relação com os diferentes níveis de complexidade da Atenção à Saúde (ANDRADE, 2013; BRITO *et al.,* 2013; OLIVEIRA NETO; DIAS, 2014; ANDRADE, 2013; SILVA *et al.*, 2010), bem como quanto à necessidade de subsídios para o planejamento de intervenções mais resolutivas para a conformação de uma rede integrada, este estudo tem como objetivo analisar os mecanismos de integração dos SAD na Rede de Atenção à Saúde do Recife (PE).

Método

Esta pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, foi realizada a partir de pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas com gestores e gerentes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Recife. A pesquisa documental abrangeu portarias do Ministério da Saúde relativas aos SAD e constituição de redes, projeto de implantação dos serviços no município e contratos de vínculo com suas instituições prestadoras. Os entrevistados foram selecionados de forma intencional e em cadeia de informantes, considerando-se sua ocupação em cargos relacionados ao perfil da pesquisa, resultando nos seguintes informantes-chave: coordenador(a) municipal do SAD; gerente de convênios e informações estratégicas em saúde; gerente-geral de regulação; gerente de redes e fluxos.

A construção do roteiro de entrevistas e a posterior análise de conteúdo foram guiadas teoricamente pelos modelos de Almeida *et al.* (2010) e Klauws *et al.* (2014). No primeiro, destacam-se investigação da integração entre níveis assistenciais a partir da estrutura organizacional e administrativa da regulação da rede de serviços de saúde, organização de fluxos entre eles, instrumentos de integração e de continuidade informacional utilizados, além do acesso a eles e sua utilização. Já no segundo, os mecanismos para se alcançar o cuidado integrado são agrupados nos níveis de integração funcional, organizacional, profissional e de serviços, bem como em mecanismos relacionados aos aspectos normativos, à centralidade no paciente e ao grau de integração entre profissionais e/ou organizações. No caso, foi considerada a atenção integrada em seus níveis funcional e organizacional.

Com base nesses modelos, foram consideradas três categorias essenciais de mecanismos de integração para análise das informações obtidas, agrupando-se os temas a partir de descrição sistemática e objetiva dos mecanismos investigados, a partir de critérios preestabelecidos (quadro 1).

Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e obteve-se, junto à SMS do Recife, termo de anuência.

Com o objetivo de garantir o anonimato dos entrevistados, optou-se por sua designação a partir da letra "E" seguida de um numeral.

Quadro 1 – Mecanismos de integração e critérios de análise correspondentes

Mecanismos de Integração	**Critérios de análise**
Instrumentos para continuidade informacional	Existência e efetividade de uso de prontuário eletrônico ou alguma tecnologia de informação e comunicação que facilite o compartilhamento de informações sobre o usuário entre os serviços
	Existência e efetividade de uso de instrumentos de compartilhamento da história clínica dos usuários
	Implantação e efetividade de uso de protocolos clínicos e planejamento da assistência
	Existência e efetividade de uso de instrumentos de referência e contrarreferência ou outra tecnologia de informação e comunicação que favoreça a execução e continuidade dos serviços
Ferramentas de participação ativa e autogestão dos usuários	Existência de tecnologias de informação e comunicação ou ferramentas que permitam acompanhamento e participação ativa dos usuários na autogestão
Regulação e controle de vagas e formalização dos serviços de referência da Rede de Atenção à Saúde	Organização da regulação e controle de vagas para os SAD e existência de serviços de referência na Atenção Básica
	Organização da regulação e marcação de consultas e exames especializados, de apoio e existência de serviços de referência para os SAD
	Organização da regulação e controle de vagas em urgência e emergência e existência de serviços de referência para os SAD
	Organização da regulação e controle de leitos e internações e existência de serviços de referência para os SAD

Fonte: elaboração dos autores (2019).

Resultados e Discussão

Considerando-se que a assistência domiciliar é vista como eixo integrador e ampliador na rede de saúde, confirmando o período transitório

do modelo assistencial hierárquico para uma rede integrada e descentralizadora de serviços (LOPES *et al.*, 2013), bem como que nesse contexto são utilizados mecanismos e instrumentos específicos a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral em local e tempo oportunos (ALELUIA *et al.*, 2017), os dados foram agregados nos três grupos essenciais de mecanismos apresentados, conforme os modelos e critérios de análise propostos.

Instrumentos para continuidade informacional

O uso de tecnologias de informação e comunicação acessíveis, como mecanismos que permitem apoio à coordenação do cuidado e à partilha de informação entre profissionais e organizações, é considerado aspecto importante na integração funcional, destacado em estudos de caso com programas exemplares de cuidados integrados em sete países (WODCHIS; WILLIAMS; MERY, 2014) e revisão de literatura sobre modelos e programas que descrevem a atenção integrada às doenças crônicas (KLAUW *et al.*, 2014).

O Sistema de Centrais de Regulação (SISREG), *software* disponibilizado pelo Ministério da Saúde para gerenciamento do processo de regulação, foi o principal mecanismo em uso referido no município caso, permitindo visualização de informações cadastrais dos usuários e histórico de seus agendamentos. Ocorrem, entretanto, barreiras referentes ao não registro de absenteísmo, necessidade de capacitação e falta de acesso à internet em algumas localidades.

> *A rede é mais ou menos informatizada. Não sei qual é o percentual hoje, mas [...] tudo que é regulado no município hoje é via SISREG. [...] Aí na unidade mesmo, têm muitas delas que são informatizadas lá mesmo [...] ou então da Policlínica, se não tiver lá no PSF.* (E1).

Alguns serviços da rede, incluindo os SAD, não estão cadastrados no sistema, impossibilitando acesso direto às informações pelas equipes. Com isso, é necessário que as equipes utilizem outros meios para continuidade informacional, destacando-se a responsabilização da equipe de saúde da família sobre o usuário.

> *O pessoal dos prestadores, eles não têm acesso ao SISREG. Eles têm acesso até ao SISREG ligando para o distrito e pedindo para alguém do distrito, ou então [...] mandando para o distrito e aí o distrito vê o médico da unidade daquele paciente para poder transcrever o formulário do SISREG [...] e aí o SISREG daquela unidade [...] até porque o usuário é da unidade. Ele continua sendo da equipe.* (E3).

É importante destacar a necessidade de monitoramento da suficiência e confiabilidade dos dados do SISREG. As unidades básicas de saúde realizam a priorização dos casos e fazem a gestão das filas com base nos dados do sistema e nos protocolos pactuados. Essa combinação permite a adequada referência para os serviços especializados e de maior complexidade. Conforme revisão de literatura do laboratório de inovação em atenção domiciliar, são recorrentes em muitos municípios brasileiros as barreiras de acesso ao sistema, devido à falha no acesso à internet. A inclusão dos SAD no sistema foi vista, por exemplo, no caso do município do Rio de Janeiro, havendo encaminhamento via SISREG em pelo menos 60% dos casos. Nesse município, há duas portas de entrada para o programa: através do SISREG e nos hospitais onde as equipes estão sediadas – este, acessível apenas aos usuários das unidades. Já no Distrito Federal, tal barreira não foi ultrapassada (BRASIL, 2014), como no presente estudo. Um cenário de oferta escassa de serviços e baixo nível de articulação da rede pode contribuir para desigualdades no acesso e para o surgimento de práticas clientelistas de favorecimento a indivíduos, privilegiando interesses privados em detrimento do coletivo (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

Outras tecnologias de informação e comunicação que favorecem a continuidade dos serviços no município caso são ficha de solicitação ambulatorial padrão e Telessaúde – este segundo atua de maneira incipiente, enquanto o primeiro se destaca como meio de entrada no SISREG, entretanto com baixa completude quanto aos itens de acolhimento e conduta na unidade executante, associados à função de contrarreferência.

> *[O SAD] viu a necessidade de o paciente ser hospitalizado, solicitou e tudo o mais, disse qual era a necessidade do paciente ser*

> *hospitalizado, mandou junto com o prontuário do paciente tudo o que foi feito, evoluções e tudo. O paciente vai ser hospitalizado no local onde conseguiu a vaga. Então, quando ele sai do hospital, ele sai sem nada. Aí [...] pega o paciente às cegas, porque não sabe o que foi feito com o paciente e muitas vezes o paciente também não sabe o que foi feito*. (E3).

Segundo os entrevistados, a ficha foi construída a partir de discussão entre técnicos, profissionais e outros atores, mas não souberam informar se houve participação social na sua elaboração, como também, no âmbito de administração municipal, se o encaminhamento para os SAD é feito a partir desse instrumento.

> *Os prestadores não têm como usar aquela ficha, entendeu? Porque os serviços são contratualizados, então eles têm que usar a ficha deles. [...] A gente tenta articular o médico da atenção básica para transcrever o que o médico do SAD disse para aquele formulário, para aquela ficha padrão*. (E3).

A necessidade de utilização de diferentes instrumentos para o mesmo fim no município, bem como de transcrição de informações entre eles, resulta em barreiras na continuidade informacional, que atingem toda a rede de serviços. Pesquisa nacional com profissionais, usuários e cuidadores da atenção domiciliar encontrou, como oportunidades inerentes à articulação em rede, os mecanismos de referência e contrarreferência, integração com outros serviços por meio de contato telefônico, emissão de relatórios de alta e práticas de intersetorialidade (ANDRADE, 2013). Outras pesquisas, entretanto, evidenciaram também falha nos sistemas de referência e contrarreferência, ressaltando seu caráter apenas de controle de demanda e não de responsabilização pelo usuário, gerando descontinuidade no cuidado (SOUZA, 2012; BRITO *et al.*, 2013). Acrescentam-se como desafios a utilização de protocolos clínicos e de acesso, a incorporação tecnológica em atenção domiciliar e o uso de ferramentas de apoio, como o Telessaúde (OLIVEIRA NETO; DIAS, 2014).

Acerca da emissão de relatório de alta, neste estudo, sua prática foi ratificada por parte das equipes dos SAD através de instrumento que

expõe separadamente a alta resumida dada por cada profissional que acompanhou o paciente, buscando continuidade no cuidado.

> *Até um dia desses [...] eles pegavam o médico, faziam a alta dele [...] e levavam para a atenção básica. O que é que a atenção básica fazia com esse paciente, se não sabia nada que foi feito com esse paciente, a evolução do paciente, não sabia de nada? Aí a gente estudou o caso e estipulou que todas as altas teriam que ser dadas por profissional. Então cada profissional iria dizer o que fez, resumidamente, [...] a evolução que o paciente teve e o que a Atenção Básica tem que dar continuidade*. (E3).

Essa prática favorece a concepção ampliada do cuidado ao proporcionar a compreensão dos casos atendidos sob a perspectiva dos diferentes atores envolvidos. Estudo de caso múltiplo em serviços de saúde de três municípios de Minas Gerais também evidenciou emissão de relatórios para alta pelo Programa de Internação Domiciliar, com o objetivo de continuidade do cuidado (BRITO *et al.,* 2013). A continuidade informacional entre o trabalho de diferentes profissionais, em momentos distintos, proporciona o acúmulo de conhecimento sobre o paciente por parte da equipe, de forma a orientar a conduta terapêutica e otimizar sua avaliação (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

O município caso não apresenta instrumento formal de compartilhamento da história clínica dos usuários, nem adoção de prontuário eletrônico que abranja a rede. Experiências pontuais citadas foram a possibilidade do uso de sistemas próprios dos prestadores de serviço e a implantação do sistema e-SUS em uma unidade básica de saúde e em unidades de pronto atendimento voltadas à atenção básica, havendo dificuldade de expansão para o restante da rede.

> *Mas aí tem a questão da viabilidade. Recife tem alguns pontos, hoje ainda, que são descobertos de Internet, inclusive PSFs que a gente tenta fazer, levar o sinal até lá e têm as dificuldades técnicas, tanto do município como do prestador, porque a Internet do Recife é terceirizada. [...] Mas aí depende de muitas coisas, burocracia, decisões administrativas e outras coisas*. (E2).

A esse respeito, ressalta-se a potencialidade trazida na proposta do Governo Federal pelo e-SUS AB e o módulo da Atenção Domiciliar,

ao possibilitar uso do sistema de Coleta de Dados Simplificada, ou do prontuário eletrônico, com a inovação de soluções que permitem utilização da ferramenta no domicílio; entretanto, ambos enfatizam o registro de informações como um desafio na atenção domiciliar ao se dar em ambiente pouco controlado (OLIVEIRA NETO; DIAS, 2014).

No que se refere aos protocolos clínicos e de acesso, é possível observar, na fala dos atores, sua existência na rede de atenção, seguindo estratificação de risco, entretanto afirmou-se que são pouco trabalhados. Dessa forma, os critérios são, em sua maioria, dados pelos próprios serviços e médicos.

> *A gente deixou livre para cada hospital utilizar o seu protocolo clínico que é utilizado dentro do hospital. Até porque o município não disponibiliza protocolos clínicos porque não tem unidades hospitalares. Então cada hospital pode utilizar seus protocolos clínicos para assistência ao paciente*. (E3).

Essa conduta acarreta grande variabilidade na prática adotada pelos serviços, conforme a visão de cada um, que não necessariamente reflete a necessidade do município e sua rede de serviços. A forma de captação dos usuários e dos protocolos impacta a garantia de acesso à atenção domiciliar, permitindo uma avaliação da elegibilidade para o cuidado no domicílio. O uso de protocolo clínico de cuidados compartilhados é também ferramenta de auxílio no processo de adaptação das famílias.

Além dos instrumentos já citados, estiveram presentes nas entrevistas relatos de reuniões entre diferentes atores e serviços componentes da rede, como uma forma de integração e continuidade informacional, incluindo profissionais da assistência e gestores de forma periódica. Essa prática teve início na delimitação do perfil dos SAD a serem ofertados no município e na construção do projeto que propôs sua implantação, incluindo coordenação dos SAD, médicos da supervisão ou regulação, entre outros.

> *A gente tem feito muitas reuniões para isso acontecer (integração), entendeu? Porque aqui eles têm que estar integrados. A gente vê, hoje, equipes pontuais não integradas. Na grande maioria, a gente*

> *visualiza mais a integração deles, porque a gente tem feito muitas reuniões para isso*. (E3).

Essa abordagem também foi encontrada nas experiências com atenção domiciliar em Embu das Artes, São Bernardo do Campo, Volta Redonda e Brasília, abrangendo aspectos como fluxos de encaminhamento e discussão de casos clínicos (BRASIL, 2014). Momentos de encontro entre atores de diferentes pontos das RAS envolvidos no cuidado se fazem necessários para plenitude das modalidades de cuidado domiciliar, abertura das "portas de diálogo" entre os atores, além da conciliação de interesses de prestadores e usuários e da construção de espaços compartilhados de gestão (SENA, 2007).

A maioria dos programas de atendimento integrado de sucesso tem origem em nível micro e foco na coordenação de serviços para os usuários individualmente, enquanto sistemas organizacionais e funcionais de integração podem sustentar iniciativas frágeis (WODCHIS; WILLIAMS; MERY, 2014). A integração organizacional requer grande quantidade de tempo e esforço e não necessariamente leva à experiência de cuidado integrado pelos usuários. Já a integração funcional, com a partilha de registros de saúde do paciente, por exemplo, não garante que haja integração profissional ou de serviço. Dessa forma, há um consenso de que a integração é prioritariamente *bottom-up*, mas que os apoios sistemáticos, tais como a implementação de registros eletrônicos compartilhados, são fatores *top-down* que permitem viabilidade e crescimento de modelos de cuidados integrados (CURRY; HAM, 2010).

Ferramentas de participação ativa e autogestão dos usuários

O cuidado centrado no paciente é considerado base para que programas de cuidado integrado, como as RAS, garantam a integração entre os serviços, permitindo gerenciamento de cuidados de forma coordenada entre fornecedores e locais de atendimento. A boa comunicação e relação entre quem presta e quem recebe o cuidado gera resultados positivos, sendo um processo que demanda tempo na construção do

capital social, identificação e registro dos usuários, organização dos serviços, fomento da confiança entre os prestadores de serviços, para então serem visualizadas mudanças tangíveis no sistema (WODCHIS; WILLIAMS; MERY, 2014).

Dessa forma, buscou-se como ideal o uso dos mecanismos de tecnologias de informação e comunicação ou de ferramentas que permitam acompanhamento e participação ativa dos usuários na autogestão do cuidado, de maneira a facilitar a voz ativa deles nas decisões a respeito de sua saúde. No município caso, foi identificada precariedade no uso de tais mecanismos, com participação incipiente do usuário, resultado semelhante ao identificado na assistência ao doente de tuberculose em Ribeirão Preto (ASSIS *et al*., 2012)

Em contrapartida, destacou-se nas entrevistas o estímulo à corresponsabilização do cuidado, por parte dos serviços e profissionais com que os usuários e seus familiares ou cuidadores se relacionam diretamente, promovendo o que foi compreendido como autocuidado.

> *[...] O SAD trabalha muito a questão da autogestão da saúde. Ele orienta a família e o próprio usuário ao autocuidado [...]. Até porque o SAD é uma equipe que não vai estar lá todos os dias. Então ele corresponsabiliza, tanto o usuário, quanto o cuidador [...] pela sua melhora, pelo seu cuidado. Então existe essa parte de o usuário poder administrar sua própria evolução [...]* (E3).

> *Porque a ideia do SAD é capacitar a família para fazer aqueles cuidados. Ela está ali mas ela está ensinando aquele parente que cuida a [...] fazer o que ele precisa fazer em casa. Aí dá autonomia para a família cuidar do acamado*. (E1).

A efetivação da atenção domiciliar como uma modalidade de atenção potente está vinculada à centralidade do usuário e suas necessidades no processo de cuidado, observando-se, ainda, a autonomia das famílias e cuidadores na implementação dos projetos de cuidado (SILVA *et al.,* 2010*).*

Além da abordagem de autocuidado, o município caso possui, como meio de participação ativa e autogestão, o mecanismo de comunicação direta dos usuários com o setor de regulação para solicitar

informações acerca de marcações de consultas e/ou exames por meio de *Call Center*, usualmente repassadas via atenção básica.

> *A gente pensa que quando o usuário tem mais acesso à informação, ele pode nos ajudar. A gente descobriu que muitas Unidades tinham dificuldades em pegar informação no Sistema de Marcação e repassar pros usuários. Então [...] o paciente vai poder ligar [...] e dizer "ó, minha consulta que eu pedi assim, vê aí se tá marcada", e a gente vai poder dar esse auxílio*. (E2).

Com relação às ferramentas de comunicação com os usuários, foram referidos, nesta pesquisa, meios presencial, eletrônico e telefônico de acesso. No quesito meio presencial, enquadram-se encontros programados em que membros da gestão municipal, de forma intersetorial, discutem temas trazidos pela população, conforme necessidade observada no território. Quanto ao meio eletrônico, há no município sistema que monitora o que é dito a respeito dos serviços do município nas redes sociais, jornais, mídia falada e escrita, destinado a receber sugestões, tirar dúvidas ou registrar reclamações dos usuários. Já sobre o meio telefônico, destacou-se a importância da Ouvidoria no processo de participação dos usuários, norteando rede própria e conveniada e o envio de mensagem para o celular dos pacientes cadastrados confirmando marcações de suas consultas ou exames.

> *[...] todo dia a gente emite como se fosse um relatoriozinho programado que vai mandar pro usuário, que está com o telefone cadastrado lá no Ministério lá [...] dizendo lá: "Prezado usuário, sua consulta tal está marcada, compareça a sua Unidade de origem para maiores informações, ou ligue tal"*. (E2).

Apesar de o acesso a internet ou telefone não estar disponível a toda a população, essas são propostas que proporcionam maior número de meios para que o usuário tenha conhecimento sobre a rede de saúde e sua inserção nela, oferecendo oportunidades para aumentar a autogestão do cuidado e voltar o foco às prioridades identificadas quanto à própria saúde.

Experiências internacionais se aprofundaram tradicionalmente no uso do telefone como ferramenta ao utilizarem a modalidade de

monitoramento na atenção domiciliar, em que o usuário tem acesso direto à equipe de assistência, com o intuito de tirar dúvidas de tratamento ou receber orientações em caso de intercorrências, promovendo educação em saúde e o autocuidado (BRASIL, 2014).

Especificamente no que se refere aos SAD, outra ferramenta exposta foi o prontuário em domicílio – espelho do prontuário institucional –, localizado na residência de cada paciente admitido pelo serviço e de preenchimento compartilhado entre as equipes SAD e de atenção básica.

> *[...] Exames especializados, internamentos, tudo isso fica no prontuário do paciente, até porque é um prontuário compartilhado. Por que a gente diz compartilhado? Porque todo mundo da Atenção Básica, até o ACS, tem acesso ao prontuário e pode escrever nele.* (E3).

O prontuário domiciliar é proposto como um meio de garantir a operacionalização do plano assistencial estabelecido, subsidiando cuidador e família, de forma que qualquer equipe ou profissional que tenha contato com o paciente faça registro nele (BRASIL, 2012). Tem potencial de atuar como importante instrumento de coordenação assistencial e fonte documental, correspondendo a um elemento de comunicação entre vários serviços e entre a instituição provedora da assistência e os usuários (MEDEIROS, 2013).

Brasília, São Bernardo do Campo e Angra dos Reis tiveram iniciativas semelhantes ao prontuário do município caso, sendo acrescentado, no primeiro, o caráter de cartão com informações resumidas para auxiliar no acesso a outros pontos da rede de atenção. Já Angra dos Reis passou a utilizar no prontuário um gráfico do itinerário terapêutico do paciente, de forma a demonstrar intercorrências, reinternações e percurso na rede, auxiliando no planejamento de ações e priorizações (BRASIL, 2014).

Apesar dos avanços alcançados no País, destaca-se a necessidade de se ampliar experimentação e discussão no sentido de fortalecer e legitimar a atenção domiciliar como modalidade de atenção potencializadora de um modelo de cuidado mais solidário, centrado nas necessidades dos usuários e produtor de autonomia (OLIVEIRA NETO; DIAS,

2014). Ressalta-se, ainda, que a mudança do modelo tecnoassistencial só se torna efetiva quando se assume a centralidade do usuário na produção do cuidado, ocupando lugar de sujeito na construção de projetos terapêuticos. Esse é um potencial inovador da atenção domiciliar, a partir do desenvolvimento de inovações tecnológicas de cuidado e maior contato das equipes com a complexidade vivenciada por usuários, familiares e cuidadores (SILVA *et al.*, 2010).

Regulação e controle de vagas e formalização dos serviços de referência da Rede de Atenção à Saúde

O conceito de "integralidade" traz a necessária interdependência entre atores e serviços para alcance de integração e coordenação de políticas, serviços e ações de saúde (CHAVES *et al.*, 2018). Dessa forma, a ausência de regulação e de fluxos formais para a atenção à saúde constituem importantes barreiras ao cuidado integral e tornam incompleto o processo de integração da rede (ALMEIDA *et al.*, 2010). Consideramos, portanto, como mecanismos essenciais da integração na RAS, a organização da regulação e do controle de vagas para os SAD, para marcação de consultas e exames especializados e de apoio, urgência e emergência, leitos e internações, bem como existência de serviços de referência para os SAD na atenção básica e demais níveis de atenção da rede.

No município caso, atuam instâncias municipal e estadual de regulação e controle de vagas, com sistemas independentes de funcionamento. Em âmbito de gestão municipal, esse processo se dá através do SISREG, entretanto a regulação e o controle de vagas aos SAD são feitos à parte pelas coordenações do serviço, principalmente através de contato direto com os prestadores dos SAD e equipes da Atenção Básica.

> *[...] Tem uma pasta separada de pacientes que estão aguardando ser visitados, que estão internos, que estão de alta, que foram a óbito e que não foram internos, que não foram inclusos. Eles [prestadores] informam previamente à Atenção Básica por que o paciente não foi*

> *interno, e aí mandam um relatório de não inclusão [...]. Então isso fica tudo arquivado dentro do distrito. Aí, semanalmente, eles mandam, atualizado*. (E3).

A relação entre os serviços dada primordialmente via equipes de saúde da família é trazida na literatura, destacando-se que, embora os SAD estejam incluídos em uma rede de cuidados, os mecanismos de regulação para tal ainda são frágeis, sendo necessário avançar numa política de fortalecimento da integração com os serviços de regulação (DIAS *et al*., 2015).

Os SAD, objeto deste estudo, têm referências estabelecidas diretamente com as equipes de saúde da família e NASF, de acordo com sua distribuição nos distritos de saúde. O mesmo não ocorre, entretanto, em sua relação com o restante da rede, com quem o serviço não possui referências formais. Apesar de o município possuir uma gerência de redes e fluxos, responsável por esse processo, o referenciamento do SAD não passa pelo setor.

> *O SAD é uma coisa que se resolveu e está lá, entendeu? Assim, por questões até que não deveriam, que eu entendo que o certo é que pode dizer isso, que deveriam ter uma comunicação mais próxima... a gente sabe que não tem*. (E2).

Resultados semelhantes foram encontrados em Minas Gerais, com a atenção domiciliar sendo considerada "algo à parte do restante dos serviços" e atuando paralelamente ao restante da Rede de Atenção, de forma isolada, no que se refere à articulação do cuidado (ANDRADE, 2013; SILVA *et al.*, 2010). Exemplo divergente foi visto em Embu das Artes, município que pactuou fluxograma-padrão com cada nível de atenção da rede, mantendo repactuação a cada mudança de atores relacionados (BRASIL, 2014).

À medida que a legislação sobre atenção domiciliar no Brasil vem se desenvolvendo, esse aspecto tem sido mais abordado, gerando estímulo à conexão da atenção domiciliar com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde, com definição de fluxos (BRASIL, 2014). Dentre as diretrizes da atenção domiciliar no SUS atualizadas em 2016, estão "Estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com

os outros pontos de atenção à saúde" e "Ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva da RAS" (BRASIL, 2016).

A esse respeito, é fundamental a articulação do SAD com os demais serviços, a partir da construção de organização de fluxos de atendimento da atenção domiciliar, considerando-se a fonte de demanda: equipes de saúde da família; instituições hospitalares; ou unidades de pronto atendimento. Com tal inserção, a atenção domiciliar poderia se consolidar efetivamente como modalidade substitutiva e pautada pelas necessidades dos usuários da rede (SILVA *et al.*, 2010).

Sobre a solicitação pelo SAD de consultas ou exames no município caso, por não possuírem acesso direto ao SISREG, tais equipes utilizam os seguintes meios: solicitação de serviços que sejam regulados nesse sistema por parte de equipes de atenção básica ou instância superior, como a coordenação distrital; contato direto com a coordenação de regulação ambulatorial do município; marcação internamente pela proximidade do SAD com a filantrópica prestadora daquele serviço, sem vínculo formal.

> *Quando necessita de um profissional de especialidade que o município disponibiliza [...] a gente pede para ele [médico da atenção básica] transcrever, ele transcreve e a gente entrega para a menina que faz a marcação da unidade e ela marca. Por quê? Porque o paciente é da unidade*. (E3).

> *[...] Porque cada unidade é responsável por marcar a Unidade de Saúde da Família. Aí aquela unidade pode marcar o médico especialista para aquele usuário*. (E3).

Corroborando essa alternativa, verificou-se em pesquisa nacional que, para se ter acesso a serviços especializados, o usuário da atenção domiciliar necessitava de acesso via serviços de atenção primária (ANDRADE, 2013). Da mesma forma, destaca-se que, nos serviços de atenção secundária, componentes de uma rede têm acesso a partir do referenciamento dado pela atenção primária, exceto em casos de urgências e emergências (MENDES, 2011).

Quanto à terceira abordagem de acesso, este estudo evidenciou deficiência na solicitação de leitos devido à necessidade de regulação formal. Já a realização de consultas e exames apresenta-se como prática usual, ocorrendo de forma diferenciada entre as prestadoras dos SAD, devido à abrangência dos serviços de que dispõem, o que leva algumas a terem maior necessidade de aproximação da rede.

> *[...] O intuito desse programa ser realizado através de prestador era a gente ter uma retaguarda desses prestadores. Só que como todos os leitos dos hospitais são regulados, seja pelo estado ou pelo município, a gente trava nessa parte*. (E3).

> *Se tem dentro das retaguardas não passa pela regulação. Mas um neurologista [...] a gente tem que passar pela regulação estadual, tentar a senha para poder esse paciente ser atendido. Não é fácil, mas também não é impossível, entendeu? A gente tem conseguido bastante, mas não é fácil.* (E3).

> *[...] Ele [prestador] cobre uma parte da Assistência e muitas outras coisas ele não tem. Ele pede para a gente como Município, e aí o Município, para não deixar o paciente limitado, a gente vai e executa*. (E2).

Nesse aspecto, a localização dos SAD em hospital foi identificada, em outras pesquisas, como fator facilitador da articulação, gerando integração (BRITO *et al.*, 2013; OLIVEIRA NETO, 2016). A partir de configurações analisadas em Belo Horizonte, foram associadas, ainda, a dificuldade de concretização da atenção domiciliar como estação da rede de cuidados em saúde e a existência de serviços organizados com lógicas diferenciadas, de acordo com a instituição de origem, consideradas desafios para a construção de uma rede de cuidados (SILVA *et al.*, 2010).

Acerca da organização da regulação e do controle de vagas em urgência e emergência, não há, no município caso, pactuação de serviços de referência para os SAD, sendo a solicitação do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) uma prática indicada nesses casos, com possibilidade de agilização do processo pelos SAD. No que se refere à organização da regulação e do controle de leitos e internações, tais ações são realizadas pela gestão estadual através de um sistema

terceirizado, que corresponde a um processo informatizado em que alguns dos serviços trabalham com protocolos e têm traçado o perfil de cada hospital.

> É, é *aquela história,* é *normal não ter uma referência certa não.* (E1).

> *[...] O SAD pode entrar em contato com o SAMU, que já é previamente avisado que o programa vai solicitar eles quando necessitar, numa urgência. [...] Liga também para a regulação e pede uma senha como médico, que consegue mais rapidamente*. (E3).

> *Tem uma regulação hospitalar lá que aí vai, pegam pacientes do estado inteiro, e veem qual é o perfil daquela pessoa, para que Hospital Estadual ele vai ser regulado, tendo vaga. [...] Se ele (usuário) chega num nível que não tem complexidade pra atender, a gente solicita ao Estado que seja transferido para algum Hospital para que seja atendido.* (E1).

A realização de pactuações com interlocuções permanentes entre a atenção domiciliar e a atenção hospitalar e rede de urgência e emergência se faz necessária para assegurar retaguarda em caso de piora dos usuários em domicílio (DIAS *et al.*, 2015; BRASIL, 2014). Em via oposta, a atenção domiciliar também tem o potencial de realizar captação de pacientes nesses serviços, expandindo as abordagens já difundidas de desospitalização ou complementaridade aos serviços da atenção primária, a exemplo da busca ativa instituída pelas equipes de atenção domiciliar no Rio de Janeiro em serviços de urgência e emergência e de articulação identificada em entrevistas semiestruturadas com coordenadores municipais dos SAD (OLIVEIRA NETO, 2016).

Entretanto, a integração dos SAD com a regulação e com o SAMU é considerada um desafio ao cuidado integral (OLIVEIRA NETO; DIAS, 2014), assim como a falta de integração entre diferentes prestadores e a insuficiência de fluxos formais, principalmente para a atenção hospitalar, de forma que os SAD passam a suprir lacunas existentes no contato entre os diferentes pontos de atenção (ALMEIDA *et al.*, 2010; OLIVEIRA NETO, 2016).

Em concordância com o exposto, com a redefinição da atenção domiciliar no âmbito do SUS, atualizada em 2016, foram dados como

requisitos para criação ou ampliação dos SAD a descrição de sua inserção na Rede de Atenção à Saúde, incluindo serviços de referência, de forma a assegurar fluxos para admissão, alta e intercorrências com a rede básica, de urgências e hospitalar; encaminhamentos para especialidades e para métodos complementares de diagnóstico, tanto para situações eletivas quanto de urgência; confirmação e expedição de atestado de óbito domiciliar; transporte e remoção do usuário, dentro das especificidades locais, tanto em situações eletivas indicadas pelo SAD quanto em situações de urgência (BRASIL, 2016).

Conclusão

Os mecanismos de integração empregados na Rede de Atenção à Saúde do município em estudo abrangem os SAD superficialmente, gerando uma desarticulação assistencial que implica negativamente a integração, resultado de falha no processo de governança do sistema de saúde.

A continuidade informacional foi evidenciada a partir de mecanismos ratificados em cenário nacional, marcados pelo desafio de inclusão dos SAD e pela superação de barreiras estruturais e gerenciais que podem aprimorar a integração, a exemplo da informatização dos serviços, realização de contrarreferência adequada e compartilhamento formal da história clínica.

A participação dos usuários foi identificada a partir de meios variados que facilitam sua comunicação no município, entretanto a autogestão do cuidado não apresentou destaque entre os mecanismos empregados, sendo sugerido seu fortalecimento para impulsionar a presença do usuário como agente ativo no cuidado à saúde.

Observou-se articulação definida dos SAD, principalmente com a atenção básica, e sua relação com o restante da rede foi marcada pela coexistência de diferentes mecanismos similares em paralelo e acesso conforme nível de atenção e prestadora de serviço envolvida, sugerindo-se o estabelecimento de fluxos formais para garantia da continuidade do cuidado e equidade na atenção.

O aprofundamento no tema abordado é sugerido a partir da realização de pesquisas que investiguem a efetividade dos mecanismos encontrados, bem como incluam o olhar dos profissionais atuantes nos serviços estudados e dos usuários admitidos pelos SAD, de forma a garantir uma visão mais abrangente da integração entre tais serviços e a Rede de Atenção à Saúde.

Destaca-se o potencial dos SAD em concretizar práticas de saúde pautadas na integralidade no SUS, considerando sua possibilidade de articulação com os diversos atores componentes da Rede de Atenção à Saúde. Com isso, a análise de sua inserção na rede ampliou também a visualização das fragilidades e potencialidades existentes na sua conformação.

Referências

ALELUIA, I. R. S. et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do Nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, 2017.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ANDRADE, A. M. *Estruturação da Rede de Atenção à Saúde na perspectiva de profissionais, usuários e cuidadores da atenção domiciliar*. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

ASSIS E. G. et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 111-118, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Domiciliar no SUS*: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 abr. 2016.

BRITO, M. J. M. et al. Atenção domiciliar na estruturação da Rede de Atenção *à* Saúde: trilhando os caminhos da integralidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 603-610, 2013.

CHAVES L. A. et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. e00201515, 2018.

CONILL, E. M. *Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual*: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: ENSPSA; Madrid: FC-SAI, 2007. Intercambio III.2-1-2007. Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

CURRY N.; H. A. M. C. *Clinical and service integration*: the route to improved outcomes. London: The King's Fund, 2010.

DIAS, M. B. et al. A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios e a valorização necessária da atenção

primária à saúde. *Journal of Management and Primary Health Care*, Recife, v. 6, n. 1, p. 1-7, 2015.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

KLAUW, D. V.; MOLEMA, H.; GROOTEN, L.; VRIJHOEF, H. Identification of mechanisms enabling integrated care for patients with chronic diseases: a literature review. *International Journal of Integrated Care*, [S.l.], v. 14, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4109400/>. Acesso em: 20 jun. 2014.

LIMA, A. A.; SPAGNUOLO, R. S.; PATRICIO, K. P. Revendo estudos sobre a assistência domiciliar ao idoso. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 18, n. 2, p. 343-351, 2013.

LOPES, M. H. A. et al. Importância da integralidade das ações no serviço de atenção domiciliar - artigo de revisão. *NBC-Periódico Científico do Núcleo de Biociências*, Belo Horizonte, v. 3, n. 5, p. 50-57, 2013.

MEDEIROS, A. C. C. M. *Os registros de prontuários clínicos para estudo da coordenação assistencial na atenção ao portador de diabete melito tipo 2 da Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS) do Recife-PE*. 2013. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz, Recife, 2013.

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

OLIVEIRA NETO, A. V. *Análise do programa melhor em casa*: um olhar sobre a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2016. Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

OLIVEIRA NETO, A. V.; DIAS, M. B. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 51, p. 58-71, 2014.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Melhoria dos cuidados crônicos por meio das Redes de Atenção à Saúde*. Washington, D.C., 2012. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21401&Itemid=>. Acesso em: 20 jun. 2014.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. e00172214, mar. 2016.

SEIXAS, C. T. et al. Experiências de Atenção Domiciliar em saúde no mundo: lições para o caso brasileiro. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção domiciliar no SUS*: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília, 2014.

SENA, R. R. et al. *Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS no Município de Belo Horizonte*. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos/belo_horizonte.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

SOUZA, I. D. *Integralidade da assistência*: narrativas de usuários egressos de uma Unidade de Terapia Intensiva no Sistema Único de Saúde. 2012. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

WODCHIS, W. P.; WILLIAMS, A. P.; MERY, G. Integrating Care for Persons With Chronic Health and Social Needs. In: CREATING Strategic Change in Canadian Healthcare Conference, 2014, Toronto. Conference white paper working drafts. Toronto: [s. n.], 2014. Disponível em: <http://www.moniesonhealth.com/resources/2014-WhitePaper-Wodchis.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2014.

6

Novos modelos de gestão de saúde nos municípios de Pernambuco

Estudo de caso e resultados na I Região de Saúde

João Pedro Sobral Neto
Francisco de Assis da Silva Santos
Roseane da Silva Lemos
Bruna Rafaela Vicente da Silva

Introdução

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta grandes desafios políticos, econômicos e organizacionais, considerando seu complexo processo de institucionalização, há mais de duas décadas inserido em um contexto de crises e reformas macroestruturais que vêm alterando profundamente o modo de intervenção do Estado brasileiro no setor da saúde (MORAIS *et al.*, 2018; COELHO; GREVE, 2016; ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

Desde a década de 1970, vive-se um processo de reformas econômicas guiadas por princípios de mercado em todos os setores de atuação do Estado. Essas reformas são baseadas em ajustes econômicos que induzem a diminuição drástica do gasto público direto com a rede pública estatal, especialmente na área social, o fortalecimento do mercado e privatizações. No setor saúde, em especial em sistemas universais de saúde, busca-se uma indução do setor privado na gestão, no financiamento, na provisão e no investimento (MORAIS *et al.*, 2018; COELHO; GREVE, 2016; ANDREAZZI; BRAVO, 2014; ALMEIDA, 2017).

A partir da segunda metade dos anos 1990, foi implementado no Brasil um arcabouço legal que normatizou novas formas de relação entre o poder público e o Terceiro Setor, através de parcerias na gestão de diversas atividades do Estado. Na época, foram promulgadas as leis que versam sobre as organizações sociais (OS) e as organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP), como novas naturezas jurídicas no processo de reforma institucional que ocorre no SUS. Durante os anos 2000, foram promulgadas a Lei de Responsabilidade Fiscal – que atualmente é utilizada como principal argumento para a contratação de entidades não estatais pelo poder público –, as legislações das empresas públicas e das parcerias público-privadas, configurando-se

assim uma diretriz do Estado Brasileiro para as reformas setoriais (MORAIS *et al.*, 2018; COELHO; GREVE, 2016; PACHECO *et al.*, 2016).

O Terceiro Setor em saúde é compreendido como o setor em que se encontram as entidades de direito privado que se propõem a adotar ações com a iniciativa de pessoas e com a constituição de um patrimônio, por meio da execução de serviços de interesse público em colaboração com o Estado. As parcerias com entidades desse setor representam a delegação a terceiros da prestação de serviços de uma organização fora do escopo do setor público estatal, fundacional e empresarial. No caso das OSs e OSCIP, exemplos mais comuns em Pernambuco, há o repasse a terceiros da gestão dos serviços, como uma forma de "terceirização" da gestão, cujo investimento e custeio são provenientes do Estado, enquanto que, nas fundações estatais e empresas públicas, tanto a gestão quanto a gerência e o provimento de profissionais permanecem com o ente estatal, sendo a contratação dos profissionais realizada via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Já nos casos de parcerias público-privadas, há a cessão do bem público por um período estipulado em contrato, enquanto que, quando adota-se o modelo de empresa pública, há contratação de profissionais por seleção pública com contrato via CLT por período determinado. Após a implantação da Lei de Responsabilidade Fiscal, e mediante a dificuldade de promover a fixação de profissionais em algumas regiões do País, gestores públicos de todo o Brasil vêm implantando novas formas de contratação e gestão do trabalho em saúde, ampliando a cobertura do sistema de saúde e preservando a liquidez das finanças públicas (MORAIS *et al.*, 2018; COELHO; GREVE, 2016; ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

Nesse contexto, desde 2009, o estado de Pernambuco vem implantando uma série de reformas na administração dos serviços públicos estaduais de saúde. Com isso, organizações não estatais começaram a gerir serviços nos diferentes tipos de atenção à saúde, o que impactou na forma de contratação e no vínculo de diversos profissionais, tendo como base a busca por eficiência administrativa e financeira e por efetividade em saúde (MORAIS *et al.*, 2018; COELHO; GREVE, 2016; ANDREAZZI; BRAVO, 2014; ALMEIDA, 2017; PACHECO *et al.*, 2016).

Desta forma, o objetivo do presente estudo é analisar a inserção e a efetividade dos novos modelos administrativos na gestão de serviços de saúde dos municípios da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco.

Método

O presente estudo foi estruturado em dois momentos. Primeiramente foi desenvolvido um estudo transversal com base em dados secundários, de domínio público, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), para identificação dos municípios com novos modelos de gestão da saúde. Foram considerados municípios com novos modelos aqueles que possuíam percentual menor ou igual a 95% de seus profissionais contratados de forma estatutária ou por contrato temporário.

De acordo com a Portaria GM/MS n. 1321 de 22 de julho de 2016, que estabelece as formas de contratação dos profissionais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os vínculos intermediados são aqueles mediados por um agente contratante que não o Sistema Único de Saúde para o desempenho de atividades nele.

Os municípios foram dispostos, de acordo com seu porte populacional, em quatro grupos: <20 mil habitantes, de 20.001 a 50 mil habitantes, de 50.001 a 100.000 habitantes e >100.000 habitantes.

No segundo momento, realizou-se estudo avaliativo de abordagem quantitativa, com base em dados secundários, de domínio público, nos sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA), Informações Hospitalares (SIH), Informações de Mortalidade (SIM), CNES e Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS).

A partir da coleta de dados nesses sistemas, foram calculados os indicadores listados a seguir, selecionados devido a sua relevância e alcance às dimensões de atenção, vigilância e financiamento da saúde:

- razão de procedimentos de média complexidade;
- razão de internações clínicas e cirúrgicas na média complexidade;
- internações por condições sensíveis à atenção básica;
- taxa de mortalidade infantil;

- percentual de despesas com pessoal sob a despesa total;
- percentual de investimento de receitas próprias em saúde;
- recursos aplicados em saúde *per capita*/ano;
- recursos próprios aplicados em saúde *per capita*/ano;
- recursos de transferências intergovernamentais *per capita*/ano.

O presente estudo foi desenvolvido na I Região de Saúde do estado de Pernambuco, composta por 19 municípios e pelo Distrito Estadual de Fernando de Noronha, com uma população estimada em 4.116.153 habitantes para o ano de 2010. A amostra foi constituída pelos 19 municípios dessa região de saúde, haja vista que o Distrito Estadual de Fernando de Noronha foi excluído por ser um território sob gestão estadual. O período de estudo compreendeu os anos de 2011 a 2018.

Os dados coletados foram organizados em planilhas do *software* Microsoft Excel 2010, e os indicadores de 1 a 7 foram analisados por meio do *software* IBM SPSS Statistics 25.0, através do emprego do teste t de Student (em casos de amostras pareadas) e do teste U de Mann-Whitney (para amostras não pareadas). Os indicadores 8 e 9 foram analisados através de gráficos do *software* Microsoft Excel 2010.

Evolução temporal da proporção de vínculos intermediados

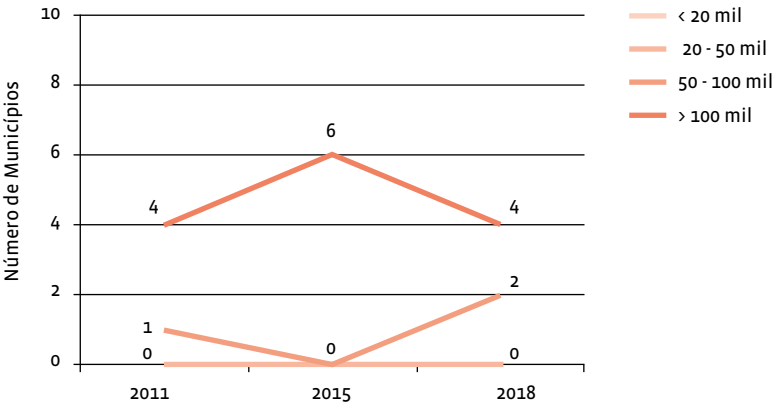
Desde os anos 1990, durante a gestão presidencial de Fernando Henrique Cardoso, há registro de municípios que implementaram o Programa Saúde da Família (PSF) via convênio com o Terceiro Setor. Em Pernambuco, esse fenômeno começou a surgir em 2009, após a adoção, pela gestão estadual, do modelo de organizações sociais para gestão de hospitais e unidades de pronto atendimento, sendo adotado em âmbito municipal, com maior capilaridade, a partir de 2011 (RAMOS; SETA, 2019; COELHO; GREVE, 2016; TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

Em Pernambuco, seja em âmbito municipal, seja em âmbito estadual, a intermediação foi adotada devido a vários fatores: decisão política, necessidade de contratação de pessoal para além dos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal e necessidade de aumentar a cobertura da Rede de Atenção à Saúde. Assim, medidas de flexibilização da gestão

de serviços públicos e contratação de força de trabalho foram implementadas visando maximizar a relação custo-benefício, resultando na terceirização dos serviços de saúde, e também no repasse de serviços e recursos a prestadores não estatais (SANTANA; SANTOS NETO, 2017; REDDY; MARY, 2013; TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

O gráfico 1 apresenta a distribuição temporal do número de municípios com vínculos intermediados em escala superior a 5% do quadro de trabalhadores de sua rede de atenção.

Gráfico 1 – Número de municípios com vínculos intermediados, de acordo com faixa populacional e ano



Fonte: elaboração dos autores.

Os resultados do estudo evidenciaram que, entre 2011 e 2018, houve uma expansão no número de municípios e na proporção de vínculos intermediados. Em 2011, cinco municípios apresentavam vínculos intermediados, quatro deles com população superior a 100 mil habitantes. Já em 2018, seis municípios possuíam tais vínculos, dos quais dois não estavam entre os municípios com mais de 100 mil habitantes.

Apesar de quase metade dos municípios analisados possuir profissionais contratados sob vínculos não tradicionais, os baixos percentuais na maioria desses municípios se devem ao fato de, como estudos

demonstram, essas formas de contratação ainda serem mais utilizadas na média e alta complexidade, níveis de atenção que, geralmente, estão sob responsabilidade do gestor estadual (EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2015).

Tabela 1 – Percentual de vínculos intermediados por município, de acordo com o ano

Município	Proporção de vínculos intermediados/ano							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Abreu e Lima	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,08	0,14	0,18
Araçoiaba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,05
Cabo de Santo Agostinho	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03	0,04
Camaragibe	0,03	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02
Chã de Alegria	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,02	0,01
Chã Grande	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Glória do Goitá	0,01	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01
Igarassu	0,01	0,01	0,02	0,2	0,25	0,03	0,03	0,03
Ipojuca	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01
Itamaracá	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01
Itapissuma	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Jaboatão dos Guararapes	0,1	0,12	0,14	0,15	0,14	0,14	0,14	0,16
Moreno	0,07	0,06	0,07	0,02	0,02	0,05	0,05	0,07
Olinda	0,15	0,14	0,14	0,14	0,16	0,18	0,18	0,19
Paulista	0,05	0,05	0,06	0,07	0,06	0,04	0,04	0,03
Pombos	0,01	0,01	0,01	0,00	0,02	0,01	0,01	0,01
Recife	0,17	0,15	0,14	0,14	0,15	0,19	0,22	0,26
São Lourenço da Mata	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01
Vitória de Santo Antão	0,17	0,17	0,14	0,14	0,14	0,15	0,15	0,18

Fonte: elaboração dos autores.

Estudo desenvolvido no estado de São Paulo trouxe como resultados que os profissionais intermediados, quando contratados para municípios de pequeno porte, são lotados nas unidades básicas de saúde e unidades mistas, enquanto que, quando em municípios de maior porte, atuam em unidades de pronto atendimento e hospitais. Ainda de acordo com o estudo, é relatado que a intermediação não é um recurso para homogeneização da rede, ou seja, para garantir um padrão de provisão uniforme às equipes e serviços de saúde, mas utiliza-se a intermediação como forma de preencher vagas ociosas e/ou para expansão das ações e serviços em saúde (COELHO; GREVE, 2016; REDDY; MARY, 2013; TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

A acentuação da contratação de profissionais por meio de vínculos não tradicionais se deu a partir de 2015, momento em que o País entrava num processo de recessão e crise econômica. Com a aprovação da Emenda Constitucional 95, em 2016, a participação da União no financiamento da saúde ficou congelada, gerando uma maior necessidade de diminuição dos gastos pelo gestor municipal. Nesse contexto, uma das primeiras medidas adotadas por gestores é a terceirização da contratação de profissionais, a fim de evitar que se ultrapassem os limites de gasto da Lei de Responsabilidade Fiscal (MELO, 2012; OLIVEIRA; WOLTMANN; DASSO JÚNIOR, 2010).

Existem quatro formas de participação de entidades privadas no setor saúde: da gestão, do financiamento, da provisão e do investimento. As entidades intermediárias se encaixam tanto na primeira quanto na terceira forma de participação. Embora tenham ocorrido em menor intensidade durante as duas primeiras décadas de implantação do SUS, as formas de participação privada no financiamento e no investimento vieram surgir com maior intensidade nos últimos anos. A municipalização e a necessidade de expansão da rede assistencial e a limitação dos gastos com funcionários públicos foram alguns dos fatores que contribuíram para uma situação de crise jurídico-administrativa caracterizada por precarização do trabalho, déficit de prestação de contas e baixa eficiência (NORONHA *et al.*, 2018; ROSSI; DWECK, 2016).

Análise de indicadores selecionados e efetividade dos modelos alternativos

Não foi possível realizar análises no grupo de municípios com população menor que 20 mil habitantes e naqueles com população entre 20 e 50 mil habitantes no ano, haja vista que nenhum dos municípios desses grupos se adequam ao critério de caracterização dos municípios como portadores de vínculos intermediados.

Em três momentos aplicou-se o teste t de Student, por existirem amostras pareadas; nos demais momentos, aplicou-se o teste U de Mann-Whitney, devido à inexistência de pareamento na amostra do estudo.

A partir das análises estatísticas, observou-se que não há significância estatística nos indicadores selecionados comparativamente aos municípios com vínculos tradicionais e municípios com vínculos intermediados (tabela 2). Esse resultado é corroborado por estudo que, ao analisar capitais do Sudeste, encontrou melhores resultados em municípios com administração direta na atenção básica (RAMOS; SETA, 2019).

Um sistema de atenção básica efetivo é representado por melhores indicadores de saúde, a exemplo de taxa de mortalidade infantil e internações por condições sensíveis à atenção básica. No presente estudo, só foram percebidas diferenças com significância estatística, na análise do ano de 2018, nos indicadores em municípios com população inferior a 20 mil habitantes e naqueles com população superior a 100 mil habitantes. Os resultados apresentados sugerem que a contratação indireta não contribuiu para a melhoria nas condições de saúde, nem para sua piora. Os resultados sugerem que a contratação indireta contribuiu para a redução da internação por causas sensíveis à atenção básica e sugerem melhoras relativas à razão de procedimentos de média complexidade apenas nos municípios de pequeno porte (RAMOS; SETA, 2019; COELHO; GREVE, 2016).

Os resultados que apresentam significância estatística só foram encontrados em indicadores dos anos de 2015 e 2018, o que possibilita a interpretação de que, quanto maior o percentual de profissionais

Tabela 2 – Associação estatística entre os indicadores selecionados e porte populacional

Indicador	População	2011			2015			2018		
		<95%	>95%	p-valor	<95%	>95%	p-valor	<95%	>95%	p-valor
Razão de internações de média complexidade	< 20 mil	2	0	-	2	0	-	2	0	-
	20 - 50 mil	5	0	-	5	0	-	5	0	-
	50 - 100 mil	3	1	0,655	4	0	-	2	2	0,655
	> 100 mil	5	3	0,393	2	6	1,000	4	4	0,289
ICSAB	< 20 mil	2	0	-	2	0	-	2	0	-
	20 - 50 mil	4	0	-	4	0	-	4	0	-
	50 - 100 mil	3	1	0,180	4	0	-	2	2	0,180
	> 100 mil	5	3	0,143	2	6	0,505	4	4	1
TMI	< 20 mil	2	0	-	2	0	-	2	0	-
	20 - 50 mil	5	0	-	5	0	-	5	0	-
	50 - 100 mil	3	1	0,180	4	0	-	2	2	0,180
	> 100 mil	5	3	0,786	2	6	0,505	4	4	0,724
Razão de procedimentos na média complexidade	< 20 mil	2	0	-	2	0	-	2	0	-
	20 - 50 mil	5	0	-	5	0	-	5	0	-
	50 - 100 mil	3	1	0,180	4	0	-	4	3	0,180
	> 100 mil	5	3	0,393	2	6	0,739	4	4	0,034
Despesa com pessoal	< 20 mil	2	0	-	2	0	-	2	0	-
	20 - 50 mil	5	0	-	5	0	-	5	0	-
	50 - 100 mil	3	1	0,655	4	0	-	2	2	0,655
	> 100 mil	5	3	0,143	2	6	0,182	4	4	0,034
Recursos próprios	< 20 mil	2	0	-	2	0	-	2	0	-
	20 - 50 mil	4	0	-	4	0	-	4	0	-
	50 - 100 mil	3	1	0,655	4	0	-	2	2	0,655
	> 100 mil	5	3	0,143	2	6	0,046	4	4	0,48

Fonte: elaboração dos autores.

intermediados, melhor o resultado dos indicadores de saúde no município. Contudo, ao se analisar os indicadores de despesa com pessoal sobre a despesa total, não se encontram grandes variações entre os municípios, sendo quase que uniforme o desempenho entre todos. Desta forma, entendemos que os avanços pontuais encontrados de maneira desigual entre os municípios estão distantes do discurso proferido pelos teóricos da Nova Administração Pública, que prescrevem um sistema mais efetivo e resolutivo a partir da retirada da exclusividade do Estado como gestor de seus equipamentos de saúde (RAMOS; SETA, 2019; COELHO; GREVE, 2016; PACHECO *et al.*, 2016). Estudo recente realizado na atenção básica das quatro capitais do Sudeste demonstra que a administração direta dos serviços de saúde é mais efetiva que a gestão indireta. A Política Nacional de Atenção Básica preconiza a longitudinalidade do cuidado pela equipe de saúde, realidade difícil de ser efetivada na gestão por entidades não estatais, que são caracterizadas pela alta rotatividade de profissionais. Segundo a literatura disponível, a insegurança causada pela não estabilidade e a descontinuidade do cuidado interferem negativamente na assistência prestada e, consequentemente, nos indicadores de saúde de determinada área (RAMOS; SETA, 2019; PACHECO *et al.*, 2016; EBERHARDT; CARVALHO; MURFOSE, 2015; REDDY; MARY, 2013; TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

No período que compreendeu os anos de 2011 e 2018, o Ministério da Saúde lançou uma série de ações diretamente ligadas aos municípios e que podem influenciar nos resultados encontrados. Especificamente ligada à atenção básica, foi instituída a agenda Saúde Mais Perto de Você, que implantou os programas de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) e Requalifica UBS; por exemplo, os programas de provimento de profissionais e formação profissional Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), o Programa Mais Médicos para o Brasil e a expansão das residências médicas e multiprofissionais em Medicina e Saúde da Família da Comunidade, dentre outras ações (ARAÚJO; MICHELOTTI; RAMOS, 2017; PINTO; SOUZA; FERLA, 2014).

Relação entre a adoção de modelos alternativos e a despesa pública em saúde

Com o objetivo de analisar melhor a efetividade do modelo de intermediação, buscamos analisar a despesa total *per capita*/ano em saúde dos municípios selecionados. Como resultado, encontramos que os municípios que se utilizam desse recurso apresentam menores valores aplicados, com exceção do Recife, conforme gráficos a seguir. Os municípios que apresentam modelos alternativos de gestão foram destacados através de dados dos gráficos apresentados.

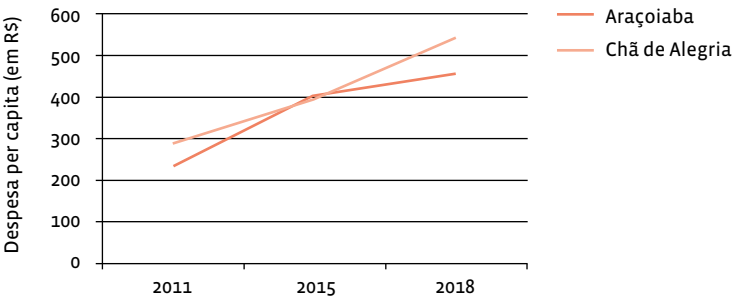
Em nosso estudo, visualizamos que, entre os municípios que possuem formas de intermediação da força de trabalho, houve maior aumento na despesa *per capita* durante o período analisado, o que, de acordo com Ramos e Seta (2019), é caracterizado pelo maior custo desses modelos de gestão do trabalho. A partir da análise dos indicadores de despesa com recursos próprios por habitante/ano e de transferências SUS por habitante/ano, observamos que 10 dos 19 municípios avaliados tiveram maior incremento *per capita* nas transferências das esferas estadual e federal comparativamente ao incremento na aplicação de recursos próprios em saúde. Desses 10 municípios, apenas 3 fazem parte da amostra de municípios com vínculos intermediados.

O maior incremento em transferências interfederativas ocorre a partir da abertura de novos serviços de saúde e/ou habilitação para custeio de serviços preexistentes. No período analisado, houve um grande incremento em serviços, em especial na assistência materno-infantil, urgência, emergência e atenção psicossocial, através da criação e implantação da Rede Cegonha, implantação de Unidades de Pronto Atendimento e do financiamento de Centros de Assistência Psicossocial, ampliando, assim, o financiamento federal, além de iniciativas estaduais como a reestruturação do Programa Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP).

A análise mais detalhada dos indicadores do SIOPS permitiu que fosse analisado o percentual médio de variação nas despesas totais e próprias dos municípios. Por meio dessa análise, encontramos que os municípios com modelos alternativos de gestão e provisão de

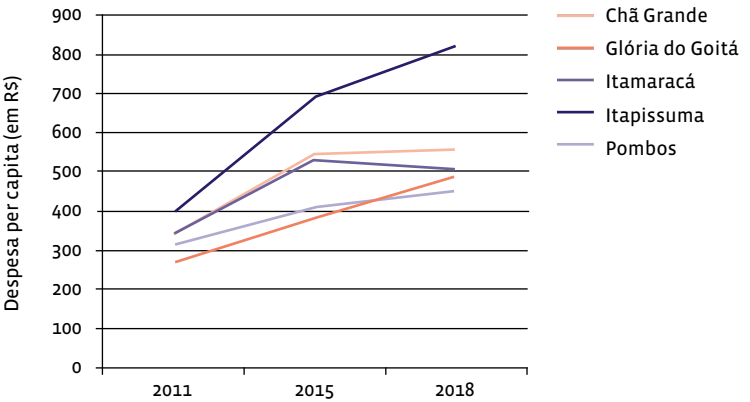
profissionais apresentaram maior variação na aplicação *per capita* de recursos próprios comparativamente aos municípios que mantêm os vínculos tradicionais. Enquanto a média de variação na aplicação de recursos próprios foi de 64% nos municípios sem vínculos intermediados, os municípios que se valeram desse recurso apresentaram uma variação média de 84% na despesa própria *per capita* aplicada em saúde.

Gráfico 2 – Despesa *per capita*/ano em municípios com população inferior a 20 mil habitantes



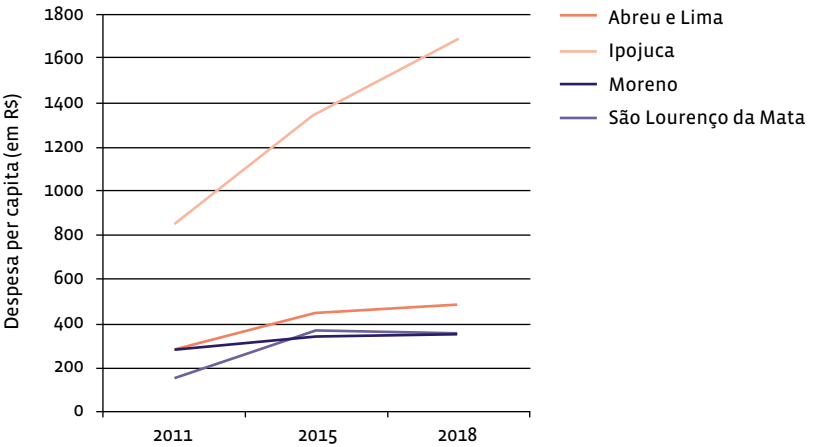
Fonte: SIOPS/MS (2019).

Gráfico 3 – Despesa *per capita*/ano em municípios com população entre 20 mil e 50 mil habitantes



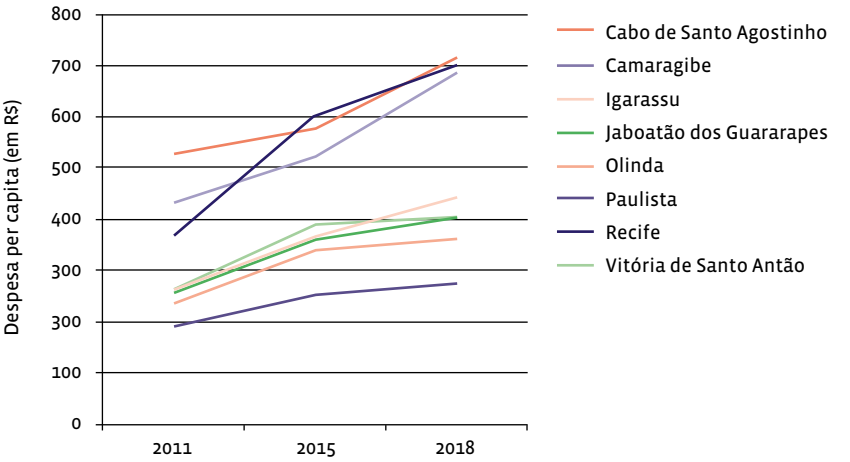
Fonte: SIOPS/MS (2019).

Gráfico 4 – Despesa *per capita*/ano em municípios com população entre 50 mil e 100 mil habitantes



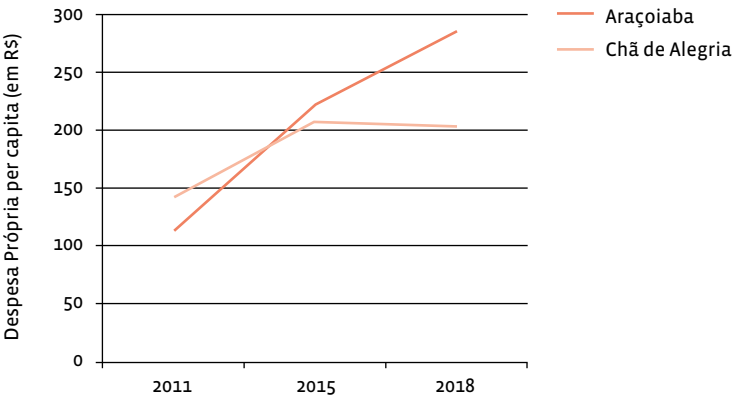
Fonte: SIOPS/MS (2019).

Gráfico 5 – Despesa *per capita*/ano em municípios com população superior a 100 mil habitantes



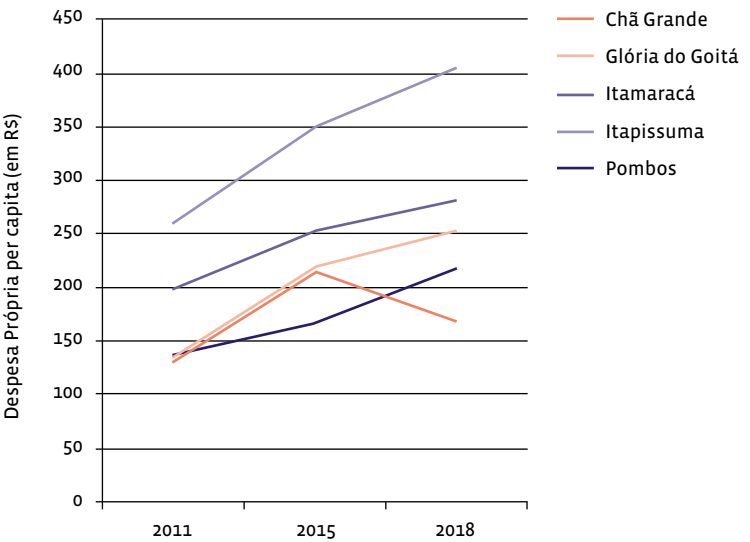
Fonte: SIOPS/MS (2019).

Gráfico 6 – Despesa própria *per capita*/ano em municípios com população inferior a 20 mil habitantes



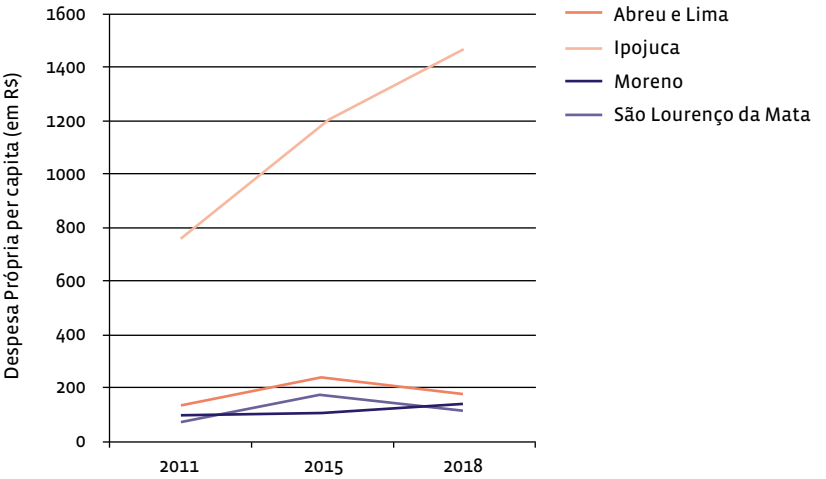
Fonte: SIOPS/MS (2019).

Gráfico 7 – Despesa própria *per capita*/ano em municípios com população entre 20 mil e 50 mil habitantes



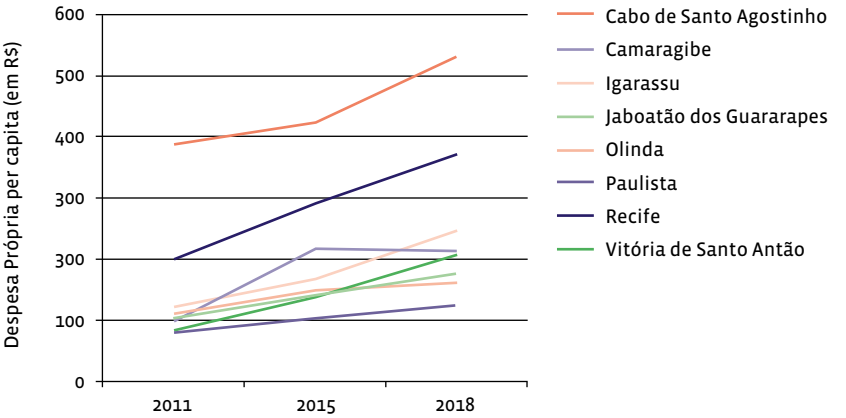
Fonte: SIOPS/MS (2019).

Gráfico 8 – Despesa própria *per capita*/ano em municípios com população entre 50 mil e 100 mil habitantes



Fonte: SIOPS/MS (2019).

Gráfico 9 – Despesa *per capita*/ano em municípios com população superior a 100 mil habitantes



Fonte: SIOPS/MS (2019).

A análise dos dados disponíveis nos gráficos de 6 a 9 permite inferir que os municípios que adotaram a intermediação como medida para contratação de profissionais apresentaram, no período estudado, maior variação na despesa própria *per capita* comparativamente à variação entre os municípios que mantêm as formas tradicionais de vinculação de profissionais.

Os modelos alternativos de gestão demandam maior desembolso por parte do ente estatal que os aplica, fazendo com que haja aumento do orçamento da saúde – e, em alguns casos, do valor *per capita* –, com concentração de recursos na subfunção orçamentária referente ao serviço de saúde que se vale desse recurso para contratação de profissionais, em vez da utilização desses recursos para melhor organização de toda a Rede de Atenção à Saúde. Essa realidade amplia a fragmentação já existente das redes do SUS e possibilita a criação de redes municipais e/ou locorregionais de excelência em determinadas especialidades e/ou linha de cuidado em detrimento de outras, muitas vezes, não levando em conta o perfil da população, mas uma realidade momentânea (FONSECA, 2019; COELHO; GREVE, 2016).

Apesar de haver crescimento no percentual e no valor dos recursos próprios aplicados em saúde pelo município, o crescimento da despesa com saúde não é acompanhado, na mesma intensidade, por crescimento nas receitas oriundas das transferências interfederativas. Mesmo quando há aumento nesta última, há aumento no dispêndio municipal, uma vez que os valores de financiamento federal para custeio de serviços de saúde são insuficientes para sua manutenção, tendo os municípios que assumir, em alguns casos, a maior parte dos custos dos serviços (ESPÍRITO SANTO; FERNANDO; BEZERRA, 2012; ESPÍRITO SANTO, 2011).

Devido ao processo de descentralização na saúde, os municípios passaram a assumir a responsabilidade pela oferta de ações e serviços de saúde. Desta forma, a transferência da gestão de serviços para os municípios e a implantação de novos serviços para a garantia da integralidade e da continuidade do cuidado foram necessárias à contratação de trabalhadores, gerando aumento dos orçamentos municipais,

mediante diminuição da participação do gestor federal no financiamento da saúde (SANTANA; SANTOS NETO, 2017; SANTOS *et al.*, 2015).

Em sua maioria, os recursos próprios aplicados em saúde pelos municípios são alocados em despesas relacionadas à gestão do trabalho, como pagamento de salários e encargos trabalhistas, o que, dependendo do porte do município e da facilidade – ou dificuldade – em fixar profissionais, somado à necessidade de desembolso para realização de procedimentos de média complexidade, pode aumentar o valor *per capita* investido. Nos últimos anos, a alternativa encontrada por grande parte dos gestores para superar tais dificuldades é a contratualização e/ou parceria com entidades privadas ou filantrópicas que intermedeiam a contratação de profissionais e/ou serviços. Somado a isso, observa-se a baixa capacidade de investimento dos municípios, prejudicando a possibilidade de abertura de novos serviços associada à reorientação da rede de atenção, o que poderia, em tese, tornar a rede mais resolutiva e reduzir custos evitáveis e desnecessários (ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2019).

Devido à ausência de um pacto federativo que se ajustasse à transferência de funções para os municípios e que melhor definisse o papel dos estados no financiamento das políticas públicas, em especial de saúde, os municípios tornaram-se os maiores responsáveis pela injeção de recursos nos orçamentos de saúde, como pode ser visto na tabela 3, que apresenta a proporção de recursos próprios aplicados por habitante em relação à despesa total por habitante (MARTINS; MOLINARO, 2013).

De acordo com Miranda, Mendes e Silva (2017), os municípios passaram de agentes para a função de principais atores do sistema sem que houvesse uma transição segura e apoiada para esse novo papel. Com isso, municípios sem nenhuma condição financeira assumiram responsabilidades para as quais são totalmente dependentes do financiamento federal para operacionalização. Dentre os municípios do estudo, apenas Cabo de Santo Agostinho e Ipojuca apresentam elevado percentual de recursos próprios aplicados por habitante, o que é justificado pela presença do Porto Suape no território desses municípios,

aumentando sua arrecadação e, consequentemente, os valores aplicados em saúde.

Tabela 3 – Proporção de recursos próprios aplicados em saúde por habitante em relação ao total de recursos aplicados em saúde por habitante, por ano

Município	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variação (%)
Abreu e Lima	**0,48**	**0,41**	**0,50**	**0,53**	**0,54**	**0,46**	**0,57**	**0,36**	**-24%**
Araçoiaba	0,48	-	0,77	0,52	0,55	0,44	0,66	0,62	28%
Cabo de Santo Agostinho	0,73	0,75	0,75	0,74	0,73	0,75	0,78	0,74	1%
Camaragibe	0,23	0,35	0,36	0,37	0,41	0,47	0,47	0,31	35%
Chã de Alegria	0,49	0,51	0,61	0,39	0,52	0,35	0,45	0,37	-24%
Chã Grande	0,39	0,42	0,44	0,42	0,39	0,41	0,30	0,30	-22%
Glória do Goitá	0,50	0,47	0,46	0,53	0,57	0,53	0,60	0,51	2%
Igarassu	**0,46**	**0,48**	**0,47**	**0,55**	**0,45**	**0,53**	**0,55**	**0,55**	**21%**
Ipojuca	0,88	0,91	0,93	0,83	0,88	0,94	0,92	0,87	-1%
Itamaracá	0,58	0,14	0,72	0,55	0,48	0,51	0,54	0,55	-5%
Itapissuma	0,66	0,67	0,66	0,57	0,51	0,55	0,65	0,49	-25%
Jaboatão dos Guararapes	**0,41**	**0,40**	**0,42**	**0,38**	**0,39**	**0,43**	**0,45**	**0,44**	**8%**
Moreno	**0,34**	-	**0,28**	**0,29**	**0,32**	**0,37**	**0,41**	**0,39**	**13%**
Olinda	**0,46**	**0,42**	**0,44**	**0,42**	**0,44**	**0,41**	**0,44**	**0,45**	**-3%**
Paulista	**0,42**	**0,41**	**0,41**	**0,37**	**0,40**	**0,47**	**0,44**	**0,45**	**9%**
Pombos	0,44	0,43	0,40	0,54	0,41	0,55	0,63	0,48	9%
Recife	**0,54**	**0,53**	**0,50**	**0,45**	**0,48**	**0,50**	**0,52**	**0,53**	**-2%**
São Lourenço da Mata	0,52	0,42	0,33	0,41	0,48	0,41	0,38	0,33	-37%
Vitória de Santo Antão	**0,32**	**0,28**	**0,35**	**0,32**	**0,35**	**0,41**	**0,52**	**0,51**	**62%**

Fonte: elaboração dos autores.

Diante desse cenário e da falta de uma reestruturação administrativa e tributária no plano federal que englobe os demais entes federados,

municípios e estados passaram a construir seus arranjos institucionais a fim de superar essa realidade. Enquanto alguns se utilizam de parcerias com entidades do Terceiro Setor, outros adotam mecanismos e instrumentos do setor privado na esfera pública, no processo de reforma setorial, a exemplo de contratos de gestão entre órgãos da administração pública, contratos organizativos de ação pública de saúde e termos de compromisso com unidades da administração direta (ROSSI; DWECK, 2016; CONTREIRAS; MATTA, 2015; OLIVEIRA; WOLTMANN; DASSO JÚNIOR, 2010; ROMANO; SCATENA, 2010).

De acordo com Fonseca (2019), as entidades do Terceiro Setor possuem atuação mais forte nas grandes metrópoles que, em Pernambuco, encontram-se na região de saúde do estudo. A I Região de Saúde concentra quatro dos cinco municípios mais populosos do estado. Além dessas entidades, destaca-se a presença de empresas de consultoria e assessoria que atuam com fins lucrativos, diferentemente das entidades citadas anteriormente. Também é importante frisar que não há um claro processo de privatização por transferência de responsabilidades, mas uma apresentação híbrida do *mix* público-privado, superando o tripé sistema estatal, complementar e suplementar (FONSECA, 2019; CONTREIRAS; MATTA, 2015; MAARSE; SCATENA, 2006).

Podemos afirmar, a partir dos resultados, que é necessário discutir e implementar formas de melhoria do desempenho do sistema de saúde "por dentro" do próprio aparelho estatal, através da construção de alternativas para a superação dos gargalos existentes sem a necessidade de mudança do modelo de gestão e retirada do Estado de seu papel de provedor da atenção à saúde. Nesse contexto, autores trazem outras opções distintas do Terceiro Setor como alternativas de modelos de gestão, tais como as fundações estatais e empresas públicas, a exemplo da Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia (FESF) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) respectivamente, que se apresentam como alternativas de ampliação da capacidade de prestação de serviços sociais dentro do aparato institucional do Estado, processo que pode ocorrer através da contratualização entre gestor e equipes de saúde e/ou parcerias com

entidades da administração pública indireta, como as citadas, a partir da pactuação de metas e indicadores que dialoguem com a situação de saúde de cada território e equipe de saúde (CAVALCANTI FILHO; FRANCO, 2016; CARNEIRO; MARTINS, 2015; CONTREIRAS; MATTA, 2015; MALIK, 2010; TANAKA; OLIVEIRA, 2007). Entretanto, por falta de estudos mais consistentes e confiáveis a respeito dessas organizações, é prematuro afirmar categoricamente que esse seria um caminho a ser percorrido.

Há consenso, na literatura científica, de que há a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de gestão pública para avanços no SUS, mas registra-se discordância em relação aos mecanismos para tal. A oferta de padrões adequados de acesso, assistência, capacidade de acolhimento e resolutividade é desafio para os sistemas nacionais de saúde que possuem forte presença estatal no provimento da assistência. Dessa forma, a regulação surge como elemento imprescindível para o alcance dos objetivos sociais do sistema de saúde. Entende-se por "regulação", nesse contexto, um conjunto de ações do poder público estatal regulamentadas em lei com essa finalidade que antecede as ações de controle, auditoria, fiscalização e promoção da equidade no sistema de saúde (FONSECA, 2019; CONTREIRAS; MATTA, 2015; EBERHARDT; CARVALHO; MURFOSE, 2015; REDDY; MARY, 2013). Tais mudanças devem preconizar a valorização da atenção básica, a profissionalização da gestão, o fortalecimento de autoridades regionais e a priorização de indicadores de qualidade; permitindo, assim, formas equânimes de alocação de recursos e planejamento de políticas que qualifiquem o sistema de saúde e proporcionem respostas efetivas às demandas de saúde da população (EBERHARDT; CARVALHO; MURFOSE, 2015; REDDY; MARY, 2013).

Conclusão

O capítulo apresentou os resultados de um estudo que buscou analisar a efetividade dos novos modelos da gestão de saúde em municípios da I Região de Saúde de Pernambuco. A partir da análise dos dados, foi

visto que há diferenças incipientes quando comparados municípios com vínculos intermediados e municípios com vínculos tradicionais.

Os resultados apontam para a existência de um modelo híbrido, no qual os municípios apresentam várias modalidades de vinculação de profissionais, melhor caracterizado a partir do ano de 2015. Apenas dois municípios apresentaram redução do percentual de profissionais intermediados no período de estudo.

Alguns fatores como a criação do Programa Mais Médicos e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica podem estar ligados à melhoria dos indicadores de saúde nos municípios, não apenas a adoção de modelos de gestão alternativos.

Com a aprovação da Emenda Constitucional 95, fazem-se necessários novos estudos que acompanhem a situação de saúde posteriormente ao congelamento dos investimentos em saúde por parte do governo federal. Desta forma, o presente estudo apresenta-se como um elemento contributivo para o debate e a produção científica.

Referências

ALMEIDA, C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. *Cad. Saúde Pública*, v. 33, Sup. 2, e00197316, 2017.

ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. *Trab. Educ. Saúde*, v. 12, n. 3, p. 499-518, 2014.

ARAÚJO, C. A.; MICHELOTTI, F. C.; RAMOS, T. K. S. Programas governamentais de provisão: perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) para o Mais Médicos em 2016. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. Sup. 1, p. 1217-1228, 2017.

ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 953-963, 2017.

CAVALCANTE FILHO, J. B.; FRANCO, T. B. O processo de construção da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 63-86, 2016.

COELHO, V. S. P.; GREVE, J. As Organizações Sociais de Saúde e o Desempenho do SUS: Um Estudo sobre a Atenção Básica em São Paulo. *Dados*, v. 59, n. 3, p. 867-901, 2016.

CONTREIRAS, H.; MATTA, G. C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 285-297, 2015.

EBERHARDT, L. D.; CARVALHO, M.; MUROFUSE, N. T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. *Saúde Debate*, v. 39, n. 104, p. 18-29, 2015.

ESPÍRITO SANTO, A. C. G.; FERNANDO, V. C. N; BEZERRA, A. F. B. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 861-871, 2011.

ESPÍRITO SANTO, A. C. G.; TANAKA, O. Y. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1875-1885, 2011.

FONSECA, F. C. P. A "governança empresarial" das metrópoles sob o predomínio neoliberal: o papel da gestão pública gerencial e da privatização do sistema político. *Cad. Metrop.*, São Paulo, v. 21, n. 45, p. 393-415, 2019.

MAARSE, H.; SCATENA, J. H. G. The privatization of health care in Europe: an eight-country analysis. *J Health Polit Policy Law*, v. 31, p. 981-1014, 2006.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1667-1676, jun. 2013.

MELO, P. H. P. G. *Organizações sociais em Pernambuco*: o desenho institucional do controle externo sobre os contratos de gestão. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2012.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 2, p. 329-335, 2017.

MORAIS, H. M. M. et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n.1, e00194916, 2018.

NORONHA, J. C. et al. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. Ciênc. *Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2051-2059, 2018.

PACHECO, H. F. et al. Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. *Interface*, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 585-595, 2016.

RAMOS, A. L. P.; SETA, M. H. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, e00089118, 2019.

RAVIOLI, A. F.; SOÁREZ, P. C.; SCHEFFER, M. C. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 4, e00114217, 2018.

REDDY, S.; MARY, I. Rajiv Aarogyasri community health Insurance scheme in Andhra Pradesh, India: a comprehensive analytic view of private public partnership model. *Indian Journal of Public Health*, Calcutta, v. 57, n. 4, p. 254-259, 2013.

ROMANO, C. M. C.; SCATENA, J. H. G. A relação público-privada no SUS: um olhar sobre a assistência ambulatorial de média e alta

complexidade na região de saúde da Baixada Cuiabana em Mato Grosso. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 439-458, 2014.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, e00194316, 2016.

SANTANA, V. G. D.; SANTOS NETO, P. M. Modelos de gestão pública da Secretaria de Saúde de Pernambuco: implicações na gestão do trabalho. *Saúde debate*, v. 41, n. 112, p. 122-132, 2017.

SANTOS, F. A. S. et al. Motivações para expansão de Organizações Sociais da Saúde: percepção de gestores estaduais. *Journal of Nursing UFPE*, [S.l.], v. 8, n. 7, p. 2220-2227, maio 2014.

TANAKA, O. Y; OLIVEIRA, V. E. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde Soc*., São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-17, 2007.

7

Parceria público-privada na gestão hospitalar

Uma revisão sistemática

Francisco de Assis da Silva Santos
Eduardo Henrique Melo
Ana Paula Cavalcante de Oliveira
Hélder Freire Pacheco

Introdução

As formas de parcerias público-privadas (PPPs) na saúde existem há muitos anos. Exemplo disso é a prestação de serviços de saúde por instrumento de convênio com instituições ligadas a entidades fora da gestão pública. No entanto, mais recentemente, com os processos de reforma do setor público, tais parcerias passaram a assumir um caráter relevante na prestação e gestão dos serviços de saúde pública. Um fato que se observa em vários países é o rápido crescimento da utilização dessa modalidade na oferta de serviços, devido a algumas vantagens apresentadas, associadas à distribuição do risco para a iniciativa privada e ao ganho de agilidade (MONTAGU; HARDING, 2012). A experiência acumulada hoje aponta para o surgimento de novas dificuldades, que podem ampliar custos e trazer prejuízos à sociedade (QUIGGIN, 2005).

As PPPs na saúde apresentam um escopo ampliado e diversificado, para além da montagem da infraestrutura, e são distribuídas em quatro tipos distintos de serviços: 1) serviço orientado para parcerias, em que instituições privadas administram operações dentro das instalações construídas publicamente; 2) instalações e finanças, voltadas à mobilização de capitais e à criação de novos hospitais; 3) parcerias combinadas, envolvendo instalações e operações clínicas; e 4) as PPPs em que serviços de operação privada são desenvolvidos dentro do recinto de um hospital público (MONTAGU; HARDING, 2012). Países europeus, como Inglaterra, Espanha e Portugal, passaram a utilizar PPPs no setor de saúde, com a gestão orientada para os resultados, transferindo a responsabilidade da execução de serviços e administração de equipamentos públicos para a iniciativa privada (MCKEE; EDWARDS; ATUN, 2006).

No Brasil, desde a década de 1990, há ampla discussão sobre o modelo de parceria para administração de serviços públicos de saúde (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007). Esse movimento de realização de acordos entre os setores público e privado, na saúde, tem forte influência internacional e se expandiu no território brasileiro com a criação do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE). O plano propõe a substituição da administração burocrática pela administração gerencial, voltada (i) à definição dos objetivos que o administrador público deverá atingir; (ii) à garantia de autonomia do administrador na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros, com o fim de atingir os objetivos contratados; (iii) ao controle dos resultados produzidos. E, para que isso aconteça, a prestação de diversos serviços públicos deveria ser executada por instituições não governamentais (PLANO DIRETOR DA REFORMA DO APARELHO DO ESTADO, 1995).

O modelo de parceria em que o setor público financia a prestação de serviço privado no interior de hospitais públicos evoluiu a partir do estado de São Paulo. Estudos realizados em Minas Gerais, Paraná, Pernambuco e Rio de Janeiro demonstram que o modelo paulista foi disseminado neles, com adaptações em cada caso (ANDRE; CAIMPONE; SANTELLE 2013; QUIGGIN, 2005; SANTOS *et al*., 2014). Em diversas regiões do País, houve ampliação dos investimentos no modelo. Em alguns estados, as somas superam a casa de bilhões de reais em gastos com a prestação de serviços diretos (FERREIRA 2013; GOMES, 2009; SANTOS *et al*., 2014). Inicialmente, a adesão e a propagação desse novo modelo foram justificadas, ideologicamente, como decorrência do processo de reforma estrutural guiada pelo mercado, com o objetivo de introduzir o gerencialismo na área pública, em meados da década de 1990. A partir dos anos 2000, foram levantados argumentos relacionados aos limites impostos pela legislação como elementos de restrição macroeconômica dos gastos do setor público.

Nesse contexto, sem dúvida, o desenvolvimento de novas tecnologias, sejam elas administrativas, clínicas ou assistenciais, é importante. Entretanto, existem questões cruciais para a tomada de decisão quanto à realização de tais parcerias, como, por exemplo, uma profunda

análise das evidências que sustentem a escolha dessa proposta em detrimento da prestação de serviços assistenciais provisionados diretamente por entidades estatais ou paraestatais (OXMAN *et al.*, 2009).

No entanto, passados cerca de 15 anos da instituição desse modelo de gestão no Brasil, que continua a se expandir no SUS em praticamente todo o território nacional, ainda há escassez de análise científica ampla para dar suporte às autoridades sanitárias brasileiras quanto à manutenção desse modelo, ou mesmo que justifique o volume de investimentos alocados nos contratos de parcerias. Por isso, o atual estudo se propôs a avaliar, com base nas evidências científicas disponíveis na literatura, se a gestão de hospitais públicos por meio de PPP é mais eficiente, possui mais qualidade e desempenho que a administração pública, visando guiar a sua utilização no Sistema Único de Saúde (SUS).

Método

Base de dados e estratégia de busca

No processo de elaboração, buscou-se atender as diretrizes metodológicas propostas pelo Ministério da Saúde (MS) para a elaboração de pareceres técnico-científicos, visando responder à questão "A gestão de hospitais públicos por meio de parceria público-privada em hospitais é mais eficiente e apresenta melhor desempenho que a administração pública?" Foi realizada uma revisão da literatura, que compreendeu o período de 1995 a 2014, momento que antecede a discussão da entrada desse novo modelo administrativo no Brasil. A busca foi feita envolvendo as bases de dados computadorizadas PubMed, da National Library of Medicine (Washington); Biblioteca Virtual em Saúde (estando nela compreendidas Literatura Latino-Americana – e do Caribe – Lilacs, Wholis, The Cochrane Library, entre outras) via Bireme; Banco de Teses da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes); Centre for Reviews and Dissemination (CRD); Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia em Saúde (Rebrats); Health Systems Evidence; Canadian Foundation for Health Improvement (CFHI). Foram incluídos, na pesquisa, documentos referenciados por

especialistas consultados. Igualmente, as revisões encontradas tiveram os estudos referenciados verificados para identificação de possíveis estudos não encontrados na busca.

Os descritores utilizados foram selecionados após consulta a especialistas sobre o tema no Brasil, com o intuito de possibilitar uma busca sensível e, ao mesmo tempo, específica. São descritores referentes à intervenção (*public-private sector partnerships*; *public-private partnerships*; PPP; *nonprofit organizations*; *new public management*; parceria público privada; organizações sem fins lucrativos; organizações sociais; nova administração pública) e ao local de sua aplicação (hospital). Os termos foram utilizados com conectores ("OR" entre os termos da mesma classe e "AND" entre a intervenção e o seu local de aplicação), com variações da escrita (plural e singular, com hífen etc.) e os termos Mesh disponíveis ("hospitals" e "Public-Private Sector Partnerships"), em busca na íntegra disponível em pedido aos autores.

Processos e critérios de seleção e exclusão dos artigos

Dois pesquisadores realizaram a seleção dos artigos, de forma independente. Foi verificada a ocorrência de consenso, tanto em um primeiro momento de seleção dos artigos, que utilizou os títulos e resumos dos documentos, como em um segundo momento, em uma leitura transversal dos artigos. Quando não se encontrou consenso, um terceiro pesquisador executou o desempate. Os critérios de inclusão aplicados ao processo de seleção dos documentos estão apresentados de forma detalhada no quadro 1.

Avaliação de nível e qualidade da evidência

Para avaliar a qualidade da evidência gerada, não foi utilizado apenas o nível de evidência dos estudos, segundo o Oxford Centre for Evidence Based Medicine (OXFORD CENTER FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE LEVELS OF EVIDENCE, 2009)[26]; foi considerada, também, a "qualidade da evidência", com o auxílio de ferramentas de avaliação de qualidade

("Critical Appraisal Skills Programme, CASP", 2015), escolhidas conforme o tipo de estudo e itens ponderados, como características metodológicas, síntese dos resultados e limitações. Buscaram-se estudos que trouxessem desfechos referentes ao modelo de PPP na administração de serviços hospitalares, assim ampliando-se o *hall* de possíveis contribuições sobre a discussão do modelo de gestão em parceria.

Dados considerados

Os dados considerados nos documentos foram o método do estudo, para auxílio na classificação do nível da evidência e na identificação da ferramenta necessária à avaliação da qualidade do documento; e o desfecho (considerações quanto à forma de verificação), fatos que auxiliam a replicação dos achados em outras realidades.

Considerando o grande número de desfechos (*outcomes*) possíveis para avaliar as dimensões de uma PPP na administração hospitalar, neste estudo, foram selecionados alguns indicadores de desempenho e eficiência, como apresentado no quadro 1. Parte deles também é acompanhada pelo Tribunal de Contas, para o conhecimento da eficiência das empresas que atuam em PPP (MELO, 2012).

Resultados

Descrição dos estudos incluídos

Foi encontrado um total de 1090 documentos (1068 identificados pela busca, e 22 publicações, por meio de pedidos a especialistas e verificação das revisões/estudos encontrados). Após a leitura de título e resumo, chegou-se ao volume de 89 documentos para serem lidos na íntegra, sendo que 10 documentos não foram encontrados e 73 foram excluídos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão do estudo, não apresentação do percurso metodológico para o alcance dos desfechos (SANO; ABRUCIO, 2018) ou fuga do objetivo ao qual o estudo se propunha inicialmente (FERNANDES; COSTA; SILVA, 2012) e o que era exposto no tema do trabalho não se refletia claramente nos resultados (MILLS,

1998; SEKHRI; FEACHEM, NI, 2011). Ao término, havia seis publicações que podem ser encontradas nos quadros 2 e 3 de síntese dos resultados; e a figura 1 ilustra o fluxo do processo de seleção deste estudo.

Interpretação/Síntese dos resultados

a) Avaliação do nível e qualidade da evidência

Dos estudos selecionados, aqueles que obtiveram melhor avaliação do seu nível de evidência, segundo a escala selecionada (OXFORD CENTER FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE LEVELS OF EVIDENCE, 2009), foram os que se utilizaram da metodologia de caso-controle para análise dos resultados encontrados (BARATA *et al*., 2009; COSTA; RIBEIRO, 2005; LA FORGIA; HARDING 2009; PERDICARIS, 2012). Quase a totalidade dos estudos utilizou a Análise Envoltória de Dados (DEA) para avaliação de eficiência. Os outros foram estudos de casos ou séries de casos (CAPPELLARO; LONGO 2011; PAHIM, 2009).

Ao serem realizadas análises de qualidade da evidência, segundo a escala de CASP para estudos observacionais (CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME, 2015), observou-se que há pesquisas com avaliações diferentes. Alguns estudos que são classificados com o mesmo nível de evidências apresentaram restrições metodológicas que provocaram avaliações distintas de qualidade. Por exemplo, não apresentaram os prováveis vieses de seleção, nas variáveis, por compararem grupos distintos, não apresentaram os potenciais fatores de confusão e modificadores de efeito das PPPs ou do modelo tradicional (BARATA *et al*., 2009; COSTA; RIBEIRO, 2005; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008).

Outras pesquisas obtiveram uma avaliação de qualidade superior, mesmo sem uma análise favorável do nível da evidência. Uma comparou quatro tipos de parcerias (CAPPELLARO; LONG, 2011). As fragilidades encontradas foram o não detalhamento das fontes de dados para cada variável de interesse e a falta de informações sobre os métodos de avaliação. Uma outra pesquisa (PERDICARIS, 2012) comparou dois grupos de hospitais com realidades semelhantes, formados por hospitais públicos, contudo um deles aderiu a um programa estadual

de contratualização de metas. São explicitados os vieses e limitações do estudo, além de haver clareza nos dados selecionados para comparação entre os serviços. A terceira (PAHIM, 2009) analisou o modelo de PPP durante cinco anos e conseguiu fazer uma análise de 13 serviços hospitalares, tendo como principal limitação não possuir um grupo de controle para comparação.

Cabe destacar a diferença nas amostras. O quadro 2 apresenta uma grande variedade de hospitais públicos, utilizados como controle, enquanto os estudos com PPP não possuem o mesmo comportamento, estando limitados a um número reduzido de serviços hospitalares.

b) Desfechos

Quanto aos indicadores, quase todas as pesquisas analisaram o *desempenho* das PPPs. Quanto à média de utilização de leitos, há autores que apresentam vantagem para o modelo de parceria com a iniciativa privada (BARATA *et al.*, 2009; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008). Quando observamos o aumento no número de altas, outros duas fontes apresentam vantagens para as PPPs (CAPPELLARO; LONGO, 2011; COSTA; RIBEIRO, 2005). O estudo de Perdicaris (2012) demonstra que a implantação de uma cultura de PPP em hospitais privados foi suficiente para a melhoria do desempenho dos hospitais públicos, melhorando tempo médio de permanência e taxa de rotatividade por leito.

O outro grupo de indicadores mais analisado, com aproximadamente 41% dos estudos, foi o de *eficiência*. O custo médio por internamento e os gastos por alta hospitalar foram vantajosos no modelo de PPP (COSTA; RIBEIRO, 2005; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008). Contudo, outros autores apresentaram um aumento de custos quando há administração de serviços públicos por organizações privadas, pois o custo de alguns procedimentos aumenta com o passar do tempo (CAPPELLARO; LONGO, 2011; PAHIM, 2009).

Ressalta-se que há um consenso entre os estudos: a implantação de uma cultura institucional voltada à PPP na gestão hospitalar melhora o desempenho dos serviços. Entretanto, não se observa que o mesmo

fato ocorra quando se analisa a eficiência do modelo de parceria, pois os estudos que possuem maior qualidade de evidências apontam que a inserção de organizações privadas na gestão de serviços públicos de saúde é menos eficiente (CAPPELLARO; LONGO, 2011; PAHIM, 2009).

Discussão

O uso de evidência apoia a construção de um sistema de saúde mais equânime e com maior sustentabilidade econômica e social (WOELK *et al.*, 2009). A construção cotidiana de política de saúde deveria ser pautada por uma ampliação de acesso universal e equitativo, com cumprimento de metas e indicadores, baseados em estudos que favorecessem a tomada de decisão (HEALTH SYSTEMS, 2000; OXMAN *et al.*, 2009). Contudo, há uma dependência de um ambiente favorável para que tal cultura institucional possa ser implantada. Normalmente, a implementação de política de saúde não atende a um rito que permita decisões apoiadas em evidências, o que pode impactar na escolha de meios menos eficientes, defasados e que comprometem a equidade e o acesso ao sistema de saúde (DUSSAULT; DUBOIS, 2004; GRAHAM *et al.*, 2006; WARD; HOUSE; HAMER, 2009).

O modelo de PPP na administração de hospitais públicos construídos pelo Estado não é uma modalidade de aliança disseminada em muitas partes do mundo. É possível distribuir em pelo menos cinco categorias as possibilidades de PPPs na saúde (MCKEE; EDWARDS; ATUN, 2006). O modelo que atualmente é observado no SUS, iniciado no estado de São Paulo (CARNEIRO JÚNIOR; ELIAS, 2003), pode ser considerado uma realidade recente e pouco estudada. Nesta pesquisa, em mais de mil trabalhos que foram identificados, poucos se detinham a apresentar os possíveis desfechos relacionados ao modelo de PPP em estudo na gerência de serviços hospitalares.

Em relação à evolução da administração de serviços hospitalares por OSS em todo o Brasil (RODRIGUES *et al.*, 2010) e ao crescimento em diversas regiões do País (SANTOS *et al.*, 2014), observou-se que um dos principais desfechos está ligado à produtividade. Alguns estudos

apresentam que os serviços administrados por empresas têm maior produtividade por leito (BARATA; MENDES, 2006; CAPPELLARO; LONGO, 2011). Por outro lado, a produtividade de serviços públicos pode ser melhorada apenas com a criação de incentivos e monitoramento, por meio de contratos ou outras formas de supervisão (PERDICARIS, 2012). Cabe destacar que, pelo menos nos estudos nacionais, ficou claro que a comparação da produção de hospitais públicos tradicionais com outros serviços apresenta uma série de limitações, devido à falta de informações e registros adequados que dificultam as comparações do modelo público com a PPP.

Talvez um dos pontos mais relevantes para a discussão de qualquer política pública seja a capacidade de transformação social que ela pode gerar, a partir de um determinado investimento do poder público. Como os recursos são escassos e as prioridades são variadas, busca-se maximizar os benefícios com o mínimo de custo. Por isso, há estudos que apontam que o modelo de PPP é mais eficiente (BARATA *et al*., 2009; LA FORGIA; HARDING, 2009), realidade que se apresenta diferente em outros estudos (BORGES, 2012; PAHIM, 2009). Nestes casos, os autores afirmam que o custo unitário por tratamento tem aumentado, há uma migração dos serviços administrados por OSS para procedimentos com maior valor e os balanços das empresas estão negativos ano após ano, o que apontaria para um cenário difícil dessas parcerias em um futuro próximo. Contudo, reconhece-se a dificuldade em avaliar a extensão dos impactos das PPPs (SMITH *et al.*, 2009).

Apesar de um estudo nacional (SANTOS *et al.*, 2014) indicar que os recursos humanos são indutores da mudança do modelo de gestão brasileiro e da entrada de novos arranjos jurídicos para a administração dos hospitais, são escassos os trabalhos que apresentam resultados diretos dessas constatações. Um dos estudos refere que há maior produção porque existe melhor desempenho dos profissionais (BORGES, 2012), enquanto na literatura é apontado que as parcerias podem ampliar o intercâmbio e a qualificação profissionais (BERNARDO; VALLS; CASADESUS, 2012). Cabe ressaltar que este último trabalho foi realizado na Catalunha e que o contexto espanhol é diferente do

brasileiro. Na região de Valência, os pacientes podem escolher acessar tanto a rede privada quanto a pública, e elas atuam de maneira conjunta, complementar e não concorrente, pois é interessante, para a autoridade sanitária, que todos os pacientes sejam atendidos no mesmo território, independentemente do modelo de gestão.

Os únicos estudos de revisão sistemática encontrados relativos ao tema, apesar dos objetivos diferentes da atual pesquisa, apresentam algumas semelhanças (ROEHRICH; LEWIS; GEORGE, 2014; SMITH *et al.*, 2009). Nas revisões, são apresentadas as evidências relativas aos impactos sobre a saúde, pelas parcerias de saúde pública, na realidade do sistema de saúde inglês (SMITH *et al.*, 2009) e também no sistema de saúde europeu como um todo (ROEHRICH; LEWIS; GEORGE, 2014). A escassez de estudos demonstra que, até agora, muito pouco se sabe sobre os impactos, na saúde, das PPPs, uma vez que ainda não foram rigorosamente avaliadas. Entre os estudos que "tocam" nessa questão, existe uma escassez de pesquisas qualitativas que apresentem uma qualidade de evidência alta. Isso se verifica nos estudos que abordam as intervenções que visam melhorar a saúde da população. Os poucos estudos quantitativos localizados eram de qualidade metodológica variável, fato que talvez não seja surpreendente, dadas a natureza complexa das intervenções em análise e as constantes mudanças nos contextos organizacionais e políticos, bem como a pressão para produzir provas rápidas da eficácia das intervenções. A maioria das pesquisas encontradas se assemelha ao atual estudo, por possuir escala relativamente pequena, avaliações qualitativas concentradas em captar as percepções dos gestores e demais atores envolvidos na implementação das intervenções que baseavam as parcerias.

Comparações entre unidades de saúde administradas por modelos de gestão distintos são de difícil execução. Existe uma dificuldade prática de isolar corretamente todas as informações relacionadas ao dispêndio dos recursos em ambos os modelos (PAHIM, 2009). Para determinar se uma intervenção por PPP é ou não mais efetiva e eficiente e calcular os possíveis efeitos sobre a saúde da população-alvo, deve-se buscar um grande número controlado e, para um projeto quantitativo, é

necessária uma abordagem mais sofisticada, integrando-a à avaliação qualitativa, com mais atenção para a coleta de dados dos indivíduos em relação aos quais se objetiva melhorar a saúde (SMITH *et al.*, 2009).

Segundo as evidências científicas encontradas, ainda que limitadas, observa-se que o desempenho da PPP é melhor em relação à administração pública. Mesmo assim, salienta-se que as amostras comparam hospitais públicos com hospitais de administração privada, ambos com objetivos distintos (REDDY; MARY, 2013). Enquanto um possui como propósito prestar serviço à população, o outro grupo possui o intuito, ainda que oculto, de maximizar o resultado financeiro para as organizações (PAHIM, 2009). Além disso, destaca-se certo distanciamento dos gestores hospitalares quanto ao interesse de maximizar o desempenho financeiro e operacional das organizações públicas (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

Apesar de fortes indícios contrários, não é possível afirmar que o modelo de PPP é mais eficiente quando comparado ao modelo público tradicional. Percebe-se que os estudos que possuíram melhor avaliação quanto à qualidade não obtiveram resultados que pudessem apontar vantagens econômicas ao se escolher o modelo de PPP à administração pública. No entanto, estudo demonstra que a implantação de uma mudança cultural pode melhorar o desempenho de unidades tradicionais (ABREU, 2012).

Recomendações e implicações para a prática

As evidências são frágeis, e os estudos, controversos, para que se possa recomendar esses modelos ou apontar vantagens claras com essa tecnologia de gestão no SUS. Há necessidade de estudos com maior robustez para poder inferir a sua recomendação. Observa-se, no entanto, que há uma carência de estudos metodologicamente consistentes para aferir a qualidade e eficiência desses modelos de PPP no SUS.

Apesar da fragilidade das evidências que apontem as vantagens nas inserções de PPPs na administração de serviços hospitalares, observa-se que o modelo no Brasil continua em franca expansão, mesmo não

havendo ainda uma apreciação mais aprofundada das evidências técnicas e científicas e dos impactos, apesar de alguns estudos terem esse objetivo e tentarem realizar tal análise. Cabem reflexão e aprofundamento de análises que procurem trazer à tona quais os custos unitários por tratamento ou comparem serviços com financiamento e instalações equivalentes. Contudo, a literatura acena para a necessidade de ampliação da integração entre as unidades de saúde básica e a rede hospitalar, mesmo em serviços administrados pela iniciativa privada.

Agradecimentos

Christian Mendez Alcântara e Paulo Hibernon Melo, por contribuírem com conceitos e base para a realização do estudo.

Referências

ABREU, A. A. *Estratégias hospitalares e o pro hosp:* uma análise da parceria público-privada com o estado de Minas Gerais. Lavras: Universidade Federal de Lavras, 2012.

ANDRE, A. M.; CAIMPONE, M. H. T.; SANTELLE, O. Health Care Units and Human Resources Management Trends. *Revista de saúde pública*, v. 47, n. 1, p. 158-163, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/ v47n1/en_20.pdf>. Acesso em: 9 set. 2015.

BARATA, L. R. B. et al. Comparação de Grupos Hospitalares no Estado de São Paulo. *RAS*, v. 11, n. 42, p. 8-15, 2009.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V. As organizações sociais como alternativa de gerência. In: CONASS. *Nota Técnica*. Brasília, 2006.

BERNARDO, M.; VALLS, J; CASADESUS, M. Strategic Alliances: An Analysis of Catalan Hospitals.Revista panamericana de salud pública. *Pan American journal of public health*, v. 31, n. 1, p. 40-47, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22427163>. Acesso em: 7 out. 2019.

BORGES, F. T. *Desafios e Perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS) diante do Neoliberalismo*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 2012.

CAPPELLARO, G.; LONGO, F. "Institutional Public Private Partnerships for Core Health Services: Evidence from Italy." *BMC health services research*, n. 82, p. 11, 2011. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3103412&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Acesso em: 7 jul. 2020.

CARNEIRO JÚNIOR, N.; ELIAS, P. E. A Reforma do Estado No Brasil: As Organizações Sociais de Saúde. *Revista de Administraçao Pública*, v. 37, n. 2, p. 201-26, 2003.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. *Estudo Comparativo do Desempenho de Hospitais em Regime de Organização Social*. Rio de Janeiro, 2005.

DUSSAULT, G.; DUBOIS, C. A. Human Resources for Health Policies: A Critical Component in Health Policies. *The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank*, v. 1, n. 1, p. 42, 2004. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=166115&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Acesso em: 3 maio 2019.

FERNANDES, A. L.; COSTA, D. N.; SILVA, S. A. L. *Avaliação Econômica dos Hospitais Gerenciados por Organizações Sociais no Estado da Bahia*. Programa integrado de economia, tecnologia e inovação em saúde - PECS: 59. Salvador, 2012.

FERREIRA, S. C. C. *Política Pública de Saúde - Análise da Agenda do Estado do Rio de Janeiro.* Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2013.

LA FORGIA, G. M.; HARDING, A. Public-Private Partnerships and Public Hospital Performance in São Paulo. Brazil. *Health affairs (Project Hope)*, v. 28, n. 4, p. 1114-1126, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19597211>. Acesso em: 9 set. 2019.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. *Hospital Performance in Brazil*. The World Bank, 2008. Disponível em: <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-0-8213-7358-3>. Acesso em: 15 dez. 2019.

GOMES, E. G. M. *Gestão por Resultados e Eficiência na Administração Pública*: Uma Análise à Luz da Experiência de Minas Gerais. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2009.

GRAHAM, I. D. et al. Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? *The Journal og Continuing Education in the Health Professions*, v. 26, n. 1, p. 13-24, 2006.

IBAÑEZ, N.; NETO, G. V. Modelos de Gestão e o SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, p. 1831-40, 2007.

MCKEE, M.; EDWARDS, N.; ATUN, R. Public-Private Partnerships for Hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 84, n. 11, p. 890-96, 2006. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2627548&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Acesso em: 30 jan. 2019.

MILLS, A. To Contract or Not to Contract? Issues for Low and Middle Income Countries. *Health policy and planning*, v. 13, n. 1, p. 32-40, 1998. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10178183>. Acesso em: 18 abr. 2020.

MONTAGU, D.; HARDING, A. A Zebra or a Painted Horse? Are Hospital PPPs Infrastructure Partnerships with Stripes or a Separate Species? *World hospitals and health services: the official journal of the International Hospital Federation*, v. 48, n. 2, p. 15-19, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22913125>. Acesso em: 18 abr. 2020.

OXFORD CENTER FOR EVIDENCE-BASED. *Medicine Levels of Evidence*. Disponível em: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based--medi cine-levels-evidence-march-2009/>. Acesso em: 18 abr. 2020.

OXMAN, A. D.; LAVIS, J. N.; LEWIN, S.; FRETHEIM, A. O Que É Elaboração de Políticas Baseadas Em Evidências? *Health Research Policy and Systems*, v. 7, p. 1-22, 2009. Supl 1.

PAHIM, M. L. L. *Organizações Sociais de Saúde do Estado de São Paulo*: Inserção Privada no SUS e Gestão Financeira do Modelo pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009.

QUIGGIN, J. Policy Forum: Financing Public Infrastructure Public - Private Partnerships: Options for Improved Risk Allocation. *The Australian Economic Review*, v. 38, n. 4, p. 445-50, 2005.

RODRIGUES, N. et al. *Gestão Pública e Relação Público-Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

SANO, H; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. *ERA*, v. 48, n. 3, p. 64-80, 2008.

SANTOS, F. A. S. et al. Motivações para expansão de organizações sociais da saúde: percepção de gestores estaduais. *Revista de Enfermagem UFPE*, v. 8, p. 2220-27, 2014. Supl. 1.

SEKHRI, N.; FEACHEM, R.; NI, A. Public-Private Integrated Partnerships Demonstrate the Potential to Improve Health Care Access, Quality, and Efficiency. *Health affairs (Project Hope)*, v. 30, n. 8, p. 1498-1507, 2001. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21821566>. Acesso em: 4 jun. 2014.

WARD, V.; HOUSE, A.; HAMER, S. Developing a Framework for Transferring Knowledge into Action: A Thematic Analysis of the Literature. *Journal of health services research & policy of health services research & policy*, v. 14, n. 3, p. 156-64, 2009. Disponível em: <http://hsr.sagepub.com/ content/14/3/156.short>. Acesso em: 18 abr. 2020.

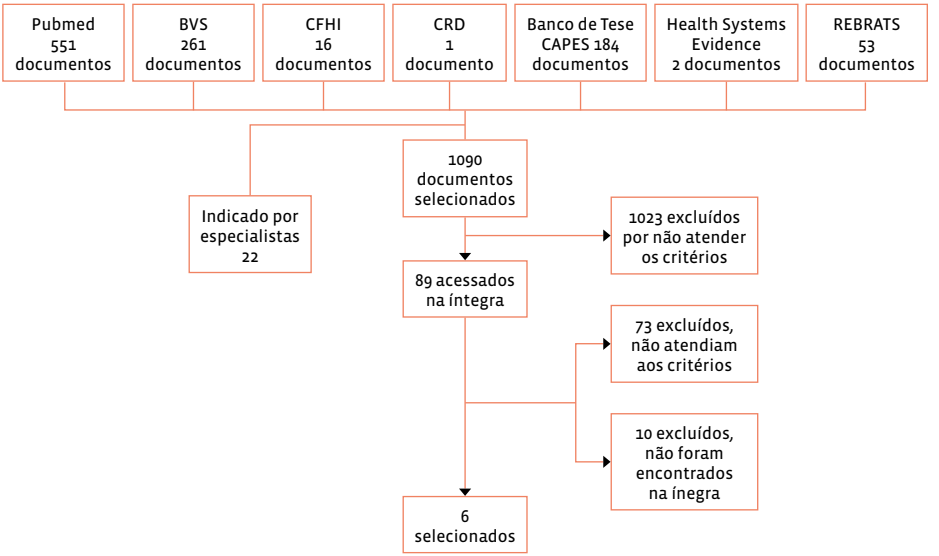
WOELK, G. et al. *Translating Research into Policy*: Lessons Learned from Eclampsia Treatment and Malaria Control in Three Southern African Countries. Health research policy and systems/BioMed Central, p. 7-31, 2009.

Quadro 1 – Critérios de inclusão dos documentos utilizados no estudo

Item	Inclusão	Exclusão
Intervenção	Aborda a PPP como seu tema principal	Aborda exclusivamente gestão privada, não aborda a PPP como principal tema
População de Interesse	Referente à PPP em Hospitais Públicos – enquadrado na definição adotada no trabalho	Documento que aborda, de forma geral, a PPP, outro tipo de serviço ou foge da definição de PPP utilizada neste estudo
Desfechos	Utilizando indicadores de: Desempenho: % altas por tipo de leito; tempo médio de utilização dos leitos; taxa de rotatividade de paciente por leito; números de atendimentos por leito. Eficiência: custo médio por internamento; custo médio por procedimento; gastos por alta.	Desfecho não passível de ser mensurado
Desenho do Estudo	Revisões sistemáticas, estudos de caso, estudos observacionais, consenso entre especialistas escolhidos de forma sistemática e outros	Textos de revisão teórica, documentos que narram opiniões e aqueles que não apresentam metodologia, relatórios governamentais.
Período	1995 a 2014	Anterior a 1995
Língua	Inglês, espanhol e português	Texto em outra língua

Fonte: elaboração dos autores.

Figura 1 – Fluxo dos estudos selecionados



Fonte: elaboração dos autores.

Quadro 2 – Estudos encontrados, separados por nível e qualidade das evidências, desfechos e resultados

Desenho	Amostra		Nível	CASP	Referência
	PPP	Público	Oxford		
Caso-Controle	17	27	3b	5	(*Luiz Roberto Barrada Barata et al., 2009*)
Estudo de caso	4	0	4	8	(Cappellaro and Longo 2011)
Caso-controle	12	10	3b	7	(Costa and Ribeiro 2005)
Caso-controle	12	428	3b	6	(La Forgia and Couttolenc 2008)
Estudo transversal	13	0	4	8	(Pahim 2009)
Caso-controle	13	12	3b	8	(Perdicaris 2012)

Fonte: elaboração dos autores.

Quadro 3 – *OUTCOMES* e principais resultados encontrados

Referência	*Outcome*	Principais Resultados	Baseline
(Luiz Roberto Barrada Barata *et al.*, 2009)	Desempenho	Média de utilização de leitos: 5,84 dias em hospitais PPPs e 7,09 em Hospitais Públicos.	+
(Cappellaro and Longo 2011)	Desempenho e Eficiência	As PPPs obtiveram aumento de 18% nas altas; prejuízo de quase 500 mil euros no centro ortopédico nos hospitais PPPs.	0
(Costa and Ribeiro 2005)	Desempenho e Eficiência	As OSS produziram 35% mais altas hospitalares gerais; a despesa média por alta hospitalar na administração direta foi de R$ 4.272,00 e de R$ 2.892,00 nos serviços administrados por empresa privada.	+
(La Forgia and Couttolenc 2008)	Desempenho e Eficiência	Ocupação dos leitos, média de dias por leito e taxa de substituição por leito, todos com resultados de aproximadamente 60% melhores nas PPPs; altas por leito, gerais, cerca de 50% mais produtivas; e gastos anuais por alta cerca de 40% melhores em hospitais PPP.	+
(Pahim 2009)	Eficiência	Valor médio dos procedimentos e por internamento: alguns casos superam 38% no período estudado em hospitais PPPs.	-
(Perdicaris 2012)	Desempenho	Quando se compararam dois grupos hospitalares públicos sendo um com contrato semelhante ao realizados a PPP, houve em favor do grupo contratualizado: decréscimo de mais de 10% no tempo médio de permanência nos hospitais contratualizados e elevação de 11% na taxa de rotatividade.	-

Fonte: elaboração dos autores.

8

Análise econômica da saúde e implicações jurídicas no contexto das reformas setoriais

Por que o livre mercado não pode chamar a saúde carinhosamente de "meu bem"

Vitor Gomes Dantas Gurgel

Introdução

Este trabalho objetiva explicar o funcionamento econômico e a concepção jurídica da saúde como um bem, a partir de uma visão interdisciplinar e seus desdobramentos no sistema de saúde brasileiro. Para isso, por um ângulo, evidencia algumas problemáticas na aplicação das leis do livre mercado à saúde, em razão das falhas apresentadas pela ciência econômica, o que dá ensejo à necessária regulação pública. Por outro ângulo, expõe defeitos nos processos históricos da regulamentação legislativa e operacionalização pela jurisprudência, demandando nova modelagem decisória para a prestação do serviço de saúde com efetividade no Brasil.

Foi feito um amplo levantamento bibliográfico sobre esse objeto, de modo que a análise de conteúdo no presente estudo abrange tanto produções acadêmicas, artigos científicos e livros sobre a temática do direito à saúde e economia da saúde como documentos oficiais que disciplinam seu financiamento e estrutura, a Constituição Federal, leis ordinárias e a jurisprudência na forma das decisões homogêneas consolidadas nos tribunais brasileiros.

Nesse sentido, através da análise das características econômicas do cuidado à saúde, assim como da regulação conferida pelo Estado via normatização, pode-se perceber que, em conjunturas economicamente adversas, as pretensões de revisitar o tema com finalidade de promover um desmonte do Estado Democrático de Direito decaem mediante a ciência, que criticamente reafirma, a cada análise, a necessária regulação pública e a provisão de serviços de saúde como direito universal.

Classicamente, o mercado é formado por uma relação tripartite básica entre compradores, fornecedores e uma relação de troca entre

esses dois e o próprio bem ou serviço. Em condições economicamente ideais, de competição perfeita ou pura, além dos elementos supramencionados, também estão presentes um consumo planejado (racionalidade), transparência, numerosos ofertantes e demandantes, produtos homogêneos e perfeito conhecimento do mercado (CASTRO, 2002).

No setor de saúde, especificamente, o usuário seria o demandante, e empresas, profissionais de saúde e governo, os fornecedores dos cuidados, que seria o bem. Todavia, a literatura indica que não há adequação entre as características do livre mercado e as características da saúde. Pois, a saúde é um bem cuja transação encontra vários problemas dentro da lógica do livre mercado, dadas suas particularidades e singularidades. Nesse sentido, destacam-se elementos que caracterizam essas imperfeições: externalidades positivas que geram a figura do *free-rider*, seleção adversa, deseconomia de escala, indução de demanda, assimetria de informação, dentre várias outras que merecem análise diante da situação do setor de saúde no Brasil e do processo de reforma setorial em curso. Essas falhas de mercado na saúde são observadas a partir de algumas características desviantes que podem ser detectadas e devidamente enquadradas pela ciência econômica, com importantes rebatimentos na esfera jurídica do País. Assim, este capítulo faz uma análise mais detalhada, como segue, desses elementos (BRASIL, 2006; PINHEIRO FILHO, 2012).

Características anômalas e singulares da saúde

Esgotamento de consumo e uso irracional

O que se percebe ao analisar a função de utilidade dos cuidados de saúde é que há um abrupto decrescimento no ponto de saciedade comparativamente a outros bens. Verifica-se que, nos cuidados à saúde, há uma desutilidade (utilidade negativa), enquanto para os demais bens e serviços ainda restaria uma utilidade marginal decrescente. O ponto de saciedade no consumo dos outros bens e serviços é aquele em que a procura ou demanda tende a ficar elástica, enquanto no caso do bem

cuidados de saúde aquele ponto define a fronteira entre a utilidade e a não utilidade (MATIAS, 1995).

Não se pretende dizer que a saúde seria inútil em dado momento, mas, do ponto de vista da economia, os cuidados assistenciais na saúde não possuem utilidade marginal econômica após o consumo, vez que o "consumidor" (usuário) não considera adquirir mais uma unidade do bem após consumida a unidade que já lhe restaurou a condição de saúde. Com outros bens, o consumo de cada unidade sucessiva adiciona menos satisfação e resultados do que aquela proporcionada pela unidade anterior, de modo que a utilidade marginal é decrescente. Na saúde, essa utilidade chega a ser negativa, pois, uma vez restaurada a saúde, a procura cessa, e o uso desses cuidados além do necessário pode produzir efeitos adversos à saúde, como as iatrogenias.

Isso revela outro problema à medida que a mera aparência de melhoria da saúde não necessariamente indica que o quadro clínico esteja totalmente restaurado e pode ensejar a interrupção indevida. Por outro lado, uma forma de uso irracional seria através do prolongamento excessivo dos tratamentos, que, além de fomentar gastos desnecessários, gera impactos negativos na saúde e, consequentemente, reforça a utilidade marginal economicamente negativa (MOTA, 2008).

Inexistência de utilidade intrínseca do bem

Em função do uso irracional perceptível na utilidade/desutilidade marginal dos cuidados de saúde vistos como um bem, percebe-se, ademais, que a natureza dessa assistência é de um bem cujo consumo em si não produz utilidade. É um bem que, adquirido, visa à reposição do *status quo* antes saudável e/ou reestabelecer e estabilizar o estado de saúde. Nesse sentido, pode-se dizer que o cuidado à saúde é um bem ligado intrinsecamente à necessidade, portanto é ela o grande estimulador da demanda. A rigor, ninguém buscaria um serviço de saúde se não achasse necessário, fazendo com que a tênue fronteira entre necessidade e procura se desfaça (MATIAS, 1995).

Tendo em vista, pois, que o que move, em essência, o consumo é a necessidade, não há que se falar em produção de algo útil em si no consumo do bem, mas na busca pela reversão de um estado de enfermidade para retomar o estado de saúde perdido ou debilitado. Assim sendo, trata-se de um bem sem utilidade intrínseca, já que a procura fundamental do consumidor é pela saúde e não pelos cuidados de saúde *per si*, cujo consumo estará sempre relacionado a um estado de necessidade.

Heterogeneidade do bem e interdependência no consumo

A saúde se trata de um bem complexo, com uma série de serviços e bens diferentes entrelaçados numa cadeia de consumo, desde a produção até a comercialização de medicamentos, técnicas e insumos gerais intermediados pelo atendimento dos profissionais, com encadeamento de fatores interdependentes. Isso implica a formação de um mercado igualmente complexo, em que há vários mercados interligados com todos os problemas decorrentes da falta de unicidade do equilíbrio clássico no ponto ótimo de Pareto, onde a curva da demanda encontra a curva da oferta. Os diversos bens possuem pontos ótimos de transação diversos, mas com demandas interconectadas de tal modo que, por exemplo, a prescrição e a consequente aquisição de determinado medicamento dependem de um serviço de atendimento e diagnóstico anterior, tornando a demanda por um dependente do consumo de outro, embora com escalas próprias de otimização de oferta e procura (MATIAS, 1995).

Deseconomia de escala

Economia de escala ocorre quando as grandes companhias distribuem seu custo fixo entre todos os seus produtos e, assim, conseguem uma diminuição no custo por unidade de produto. A relação inversa seria a que se mostra no mercado de seguro-saúde, por exemplo, quando são muitas pequenas companhias competindo entre si, dentro da mesma

cadeia, cada qual com custos diferentes contribuindo para um custo final, por unidade de produto, maior. Ou seja, o custo final de seguro será maior para o consumidor, com custos administrativos elevados nesse mercado (CASTRO, 2002).

Mesmo no setor público inspirado no modelo de seguridade social, como o Sistema Único de Saúde (SUS), há elevado custo fixo na prestação do serviço e dispersão da oferta, a partir do processo de montagem de sistemas locais de saúde isolados entre si, o que implica maior dificuldade na determinação de um modelo de financiamento para esse tipo de arranjo na escala municipal. Há uma elevação do custo unitário dos procedimentos e acirramento da disputa intergovernamental pelos recursos financeiros disponíveis, distribuídos no processo orçamentário (PINHEIRO FILHO, 2012).

Externalidades

Outro aspecto necessário para a aplicabilidade das leis de livre mercado seria a ausência de efeitos produzidos pelo consumo ou produção de um bem por outras pessoas. Na saúde, há, pelo contrário, uma ampla miríade de externalidades positivas, sendo a vacinação grande exemplo. Esta traz um benefício social para pessoas fora da relação econômica, pois imunizando-se não existe mais a possibilidade, ao menos pelo prazo de validade da vacina, de transmitir também a outras pessoas a doença à qual ela se destina. Nesse sentido, surge a figura do "caroneiro", eliminando a rivalidade no consumo e possibilitando que todos desfrutem do mesmo bem ao mesmo tempo, fazendo com que ele possa ser enquadrado entre os bens públicos ou, ainda, entre os bens indivisíveis (CORREA, 2004).

Seleção adversa

No mercado de seguro-saúde, como uma maneira de contornar o processo *ad infinitum* de saída de consumidores de menor risco e constante aumento do custo médio para os remanescentes com risco mais

elevado, as companhias avaliam o risco de cada indivíduo com base no histórico familiar. O resultado é o aumento do valor do prêmio para os grupos de maior risco, embora sejam os que mais precisam dos cuidados ofertados – idosos, doentes crônicos e pessoas com baixa renda –, na realidade, representam o cidadão mais vulnerável, sem condições de pagar os elevados custos pelo seu alto risco que tenderá a ficar sem cobertura. Explorar o máximo que o cliente estiver disposto a pagar pelo serviço, tática natural do mercado livre, reforça a situação em que os mais necessitados são excluídos do acesso.

Barreiras

Restrições de oferta podem ocorrer no sistema de livre mercado, na forma de limitação do serviço prestado (limites na cobertura), na regulamentação de licenças para praticar cuidados em consultórios individuais. Como os consumidores são leigos e não têm conhecimento sobre os cuidados de saúde necessários, se pudessem escolher livremente no mercado, muito provavelmente incorreriam em erros graves ou teriam que se submeter à seleção adversa dos seguros privados com escolha de pacientes e procedimentos mais rentáveis (CASTRO, 2002).

As barreiras podem ocorrer de diversas maneiras. Pode-se ter, por exemplo, uma barreira de acesso do consumidor a cuidados aptos a promover a cura que não são ofertados pelo plano no sistema de livre mercado pela baixa lucratividade do tratamento. Ou, ainda, em função de determinado cuidado não provisionado pelo Estado por mora da burocracia ou pelo fato de o Estado comprovar a inadequação do procedimento com base científica. Há, também, a barreira que ocorre no licenciamento para prática do produtor no sistema regulado, todavia não existindo saída viável a tal restrição sob pena de permitir a prática irregular e irresponsável de um serviço essencial e delicado.

Existem, ainda, barreiras visíveis e invisíveis. As barreiras visíveis são observadas comumente nos serviços públicos e privados – as filas de espera para obter um tratamento –, barreiras ainda de possível transposição pelo tempo, fruto da má distribuição dos poucos profissionais

habilitados e solucionáveis a partir de investimento planejado. Já as invisíveis são apenas percebidas em momentos de necessidade, sendo elas as já mencionadas limitações da cobertura por opção do plano pelo maior lucro, ou por mora do Estado ou reconhecimento de que o tratamento pleiteado é, por vezes, circunstancialmente inviável.

Racionalidade mais limitada e irracionalidade no consumo

Um dos pressupostos para o bom funcionamento do livre mercado é que os consumidores saibam com clareza o que querem consumir, quando e onde conseguir, e assim possam se planejar para o consumo. Esse conhecimento na saúde é restrito, dadas as limitações inerentes à cognição humana para compreender aspectos técnicos tão especializados para ter ciência de problemas dessa complexidade, cujo resultado é um processo decisório com limitações situacionais e pessoais de intelecção (MELO, 2016).

Na saúde, o que ocorre pode ainda ser mais especial, pois existem situações em que, mesmo doentes, as pessoas não querem se tratar ou ignoram sua condição de doentes. Além disso, há os mentalmente incapazes e relativamente incapazes, por não terem uma condição mental saudável; e há, ainda, os doentes em condição de urgência que normalmente não têm condições de escolha de um fornecimento predileto, tendendo à inelasticidade do bem, independendo do preço (MATIAS, 1995).

O consumidor não sabe exatamente o que precisa, nem quando precisará, não conhece todas as opções disponíveis, tão menos consegue julgar as diferenças de qualidade entre elas ou sua real necessidade. Isso se estende para um déficit de informação quanto ao grau/risco de doença, custo e qualidade do serviço.

Assimetria de informação, indução de demanda e risco moral

Em decorrência da limitação extraordinária da racionalidade, alguém externo traçará as preferências do usuário nessa relação, delegando-se

a preferência a uma entidade ou agente externo. Abre-se a possibilidade de inclusão de risco moral por parte do ofertante, que seria o problema da indução de demanda, tendo em vista que é o profissional de saúde ou outro fornecedor de serviço nessa cadeia de produção e não o usuário que detém conhecimento técnico acerca do melhor procedimento a ser realizado.

Na verdade, essa indução é parte natural do processo de diagnóstico e tratamento. A ideia de consumidores agindo livremente em benefício próprio, podendo decidir livremente sobre o que consumir, portanto, não ocorre quando se fala de saúde. A relação de agência imperfeita em que há assimetria de informação desrespeita um dos principais pressupostos do livre mercado: a independência entre a oferta e a demanda. Isso faz surgir o fenômeno da oferta induzindo a demanda, porque o profissional atua nas duas posições, ofertando o serviço e aconselhando os pacientes (CASTRO, 2002).

O risco moral pode também levar as pessoas a um excesso de demanda no mercado imperfeito. No caso do asseguramento da saúde, já que as despesas são custeadas, tanto o consumidor como o produtor seriam levados a ter esse comportamento diferenciado, o que inexoravelmente desemboca em um problema de custo que pode levar entidades privadas à falência, a não ser que se aumente o valor do prêmio e, consequentemente, se reduza o acesso. Ou, em outras circunstâncias, haja um desequilíbrio na alocação de recursos da Seguridade Social nos serviços públicos provisionados pelo Estado (MATIAS, 1995).

Os gastos catastróficos decorrentes da demanda no livre mercado, sem formas de asseguramento, acabam sendo inevitáveis com os cuidados de saúde de custos elevados. A diluição de riscos pode-se dar de maneira muito mais racional quando a cobertura é universal para toda a sociedade e financiada por todas os cidadãos com capacidade contributiva. As formas de asseguramento que caminham para universalização equacionam melhor alguns desses fenômenos, como as barreiras de acesso, seleção adversa e uma série de outros defeitos mencionados. A aversão a esse risco imprevisível leva sujeitos sem necessidades imediatas a buscarem proteção em sistemas públicos e

universais de saúde e a serem contribuintes do sistema pelo receio de incorrer em gastos catastróficos, o que leva a benefícios dos quais toda a sociedade se favorece, pois os fundos estão disponíveis a todos os segurados e os benefícios de sua aplicação refletem sobre toda a população. Isso faz, portanto, com que a saúde seja um bem de mérito, que não seria consumido por livre iniciativa do consumidor, e cujo ato de consumir beneficiará não apenas o próprio mas também outros indivíduos que com ele se relacionem. Pelo reverso, no caso dos seguros privados, além de custos com *marketing* e administração, essas empresas visam ao lucro, fazendo com que os segurados paguem por mais do que os cuidados de saúde que consomem.

Uma análise das implicações jurídicas dessas relações imperfeitas na saúde

O direito à saúde é ligado à "questão social" e à natureza redistributiva dessa política pública; ao mesmo tempo, atenua as falhas inerentes ao mercado com base em tais características. A luta por esse direito induz o Estado a exercer o papel interventor, para além da mera segurança jurídica e econômica do contrato, baseado no postulado da autonomia da vontade privada. A saúde é, portanto, inserida no arcabouço de proteção social e instituída em esquemas protetivos de responsabilidade do Estado, relacionados ao direito da cidadania e instrumentalizados por complexos Sistemas Nacionais de Saúde historicamente, desde o período após a Segunda Guerra Mundial.

Diante da situação de exclusão social no setor saúde brasileiro, que encarnava todos esses dilemas e limitações do modelo de asseguramento da medicina previdenciária e, principalmente, dos preocupantes indicadores da saúde pública, foi articulado um movimento social popular com objetivo de democratizar a saúde no Brasil, baseado na luta pela positivação do direito universal. Esse movimento reuniu estudantes, professores, pesquisadores e profissionais da área e ficou historicamente conhecido como Movimento de Reforma Sanitária. A partir da mobilização desse movimento, formulou-se a proposta do

SUS, justificando um conjunto de princípios e diretrizes para a sua criação. Esse movimento articulado no Congresso Constituinte foi consubstanciado na Constituição Federal como direito social (art. 6º, CF/88), como os demais direitos de segunda dimensão, mais bem elaborados no Título VIII (Ordem Social) da Constituição (PAIM, 2015; PEREIRA, 2013).

Nesse sentido, tem-se a primeira Constituição Brasileira a determinar a prestação dos serviços públicos de saúde como um direito social, de atendimento integral, acesso universal, incluindo a população que não teria qualquer cobertura antes da CF/88 pelo seguro social obrigatório, que atendia apenas população economicamente inserida no mercado formal de trabalho.

Disciplina e problemáticas constitucionais

Na constituinte, deliberou-se pelo modelo de seguridade social, rechaçando propostas meramente assistenciais, apenas para os desprovidos de aportes financeiros, e pelo modelo meritocrático de seguro social, limitado aos contribuintes (PEREIRA, 2013). Trata-se de um novo modelo, que oferta o serviço sem as restrições dos modelos anteriores, com cobertura universal e equânime, em que pese a terminologia utilizada na legislação como "igualitário". É um sistema securitário através do qual os recursos recolhidos pelo Estado de taxas e impostos, dentro da lógica da solidariedade social, são distribuídos dentro do orçamento para saúde, previdência e assistência social (art. 194 da CF/88).

Nesse sentido, no art. 196, fala-se que o Estado realizará a prestação do serviço mediante políticas sociais e econômicas que visem ao alcance desses objetivos. A partir dessa ideia, pode-se falar em atenção integral à saúde, englobando as ações e os serviços de promoção inespecíficos, proteção para redução e eliminação de riscos (PEREIRA, 2013).

A CF/88 tratou, ainda, de organizar o SUS de forma regionalizada e hierarquizada, evitando fragmentação das ações (art. 198). Dessa maneira, ocorre uma distribuição de atribuições que são, de modo abstrato, solidariamente compartilhadas pelos entes, mas repartidas de

acordo com as respectivas capacidades financeiras baseadas no poder de arrecadação diversa de taxas e impostos definidos em lei.

Nesse contexto, no entanto, também é atendida a demanda empresarial da saúde na constituinte. O artigo 197 indica textualmente necessária regulamentação, fiscalização e controle da saúde, prestados pelo Poder Público ou por terceiros. Com isso, entende-se que haveria uma convivência do SUS com um sistema privado de saúde suplementar, operacionalizado através de planos de saúde, fazendo com que o Sistema Único de Saúde não fosse de fato único desde a criação constitucional.

Nesse diapasão, na busca de convergências e acordo político possível à época, viabilizou-se que a assistência à saúde do SUS pudesse ser prestada pela iniciativa privada (art. 199). De tal modo, as instituições privadas participam de forma complementar ao sistema, mediante contratos administrativos, tendo preferência as entidades filantrópicas sem fins lucrativos, como as atuais organizações sociais (OS) (CUNHA JÚNIOR, 2012).

Outra problemática constitucional está na observância ao art. 76 dos Atos das Disposições Constitucionais Transitórios (ADCT), permitindo-se a desvinculação de receitas da União (DRU) inicialmente até 2003, depois até 2007, e em seguida até 2011, com um teto de 20% e, assim por diante, chegando-se ao patamar dos 30%, incluindo as receitas municipais e estaduais. Institui-se, assim, a retirada de dinheiro de áreas estratégicas, como o SUS e a própria Seguridade Social, para utilizá-lo ao sabor da administração, em acordo com as ventilações políticas da ocasião. Percebe-se, nesse ínterim, a sutileza da retórica jurídica, pois em texto legislativo algum fala expressamente em violar o próprio texto constitucional com essas emendas, embora o que ocorra na prática seja um estrangulamento orçamentário do SUS e, consequentemente, uma perda de direitos para toda a população.

Com a Emenda Constitucional n. 95/16, conhecida como a “PEC da Morte”, que congela os gastos em saúde por até 20 anos, é nítida uma perda financeira bilionária para o SUS, cuja demanda cresce a cada dia, sobretudo com o País em crise, observando-se direitos aviltados e

uma população adoecida. O reajuste anual no gasto público em saúde passa a ser de acordo com a inflação, sem crescimento real do investimento, e os efeitos podem ser verificados na Proposta de Lei Orçamentária Anual (PLOA) de 2019, sendo possível ver que o valor foi R$ 1,7 bilhão abaixo do PLOA 2018. Estudando a hipótese em que a emenda não estivesse em vigor, situação em que o cálculo seria realizado pelo piso de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) de 2019, é possível apontar ainda uma perda real de R$ 9,5 bilhões no orçamento da saúde. Trata-se, pois, de verdadeiro ataque aos recursos insuficientes do SUS, já debilitado por outros expedientes; é fenômeno já conhecido de desmantelo de programas sociais via reestruturação financeira, como demonstrado por Laura Tavares, exemplificando o caso histórico mexicano no contexto das reformas de austeridade na América Latina (SOARES, 1999).

Disciplina e problemáticas infraconstitucionais

Antes de a legislação ordinária atribuir maior densidade normativa aos conceitos constitucionais abstratos, problemas graves estiveram presentes desde o início e afetaram a implementação do SUS. Incorporar uma significativa parcela da população anteriormente sem qualquer cobertura já poderia levar todo o sistema ao colapso financeiro, especialmente diante da recusa dos entes de gastar proporcionalmente de acordo com as respectivas atribuições, e da União em repassar a verba. Normas operacionais básicas e portarias (NOB 91, 93, 96, Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 2001 e NOAS 2002) foram atualizadas por mais de uma década até se consolidarem em 2006 no Pacto da Saúde, com a Comissão Permanente de Consolidação e Revisão, na tentativa de equacionar esses desequilíbrios (PAIM, 2015).

A Lei n. 8.080/90 reiterou e aprofundou conceitos da CF/88, mas extrapolou os próprios limites de disciplinamento já no seu art. 1º, ao determinar a regulação da saúde em todo o território nacional, abrangendo o serviço suplementar e outros subsistemas para além do SUS. Reitera, ainda, no art. 2º, que se trata de um dever compartilhado e

que se baseia em determinantes sociais de saúde, relativos aos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco (BUSS, 2007). Portanto, pode-se observar uma semelhança entre a pretensão constitucional de se implementar um sistema de saúde que seja único, entretanto abrindo espaço para a iniciativa privada com fins lucrativos, e a intenção da Lei Ordinária, expressa nos artigos iniciais, de buscar regular o sistema para além do próprio SUS, ao passo que ratifica seu caráter social.

Na implementação pela via legislativa, é estabelecido o acesso preferencial pela atenção básica, com encaminhamento posterior se necessário. Segue-se essa lógica porque 80% dos casos podem ser resolvidos com a equipe multiprofissional que atua nesse nível de complexidade. São referenciados para outro nível do sistema os pacientes que necessitam de procedimentos tecnologicamente mais complexos e mais custosos de acordo com a necessidade e a capacidade dos entes da federação detentores de mais recursos financeiros para custear tais serviços. Dessa forma, haveria melhor controle sobre os gastos de maneira proporcional ao que cada ente pode suportar (PAIM, 2015).

A nomenclatura utilizada na divisão de complexidade, no entanto, apresenta problemáticas, pois trata a atenção básica como se ela fosse necessariamente algo mais simples por não se tratar de procedimentos de maior incorporação tecnológica instrumental, como considerados aqueles de média complexidade, ou de alta complexidade e alto custo, como transplantes. Uma visita domiciliar ou consulta de um profissional pode ser algo muito mais complexo, efetivo e menos custoso quando analisada isoladamente. Entretanto, a cobertura universal faz com que seja necessário alocar muito mais recursos na perspectiva correta nesse nível do sistema, para seu funcionamento adequado, com cobertura de toda população. Essa distinção, inclusive na forma de remuneração pelo serviço de acordo com essa característica, visa evitar reproduzir um problema histórico relacionado às distorções em função da forma de remuneração por unidades de serviços utilizada pela medicina previdenciária (BRASIL, 2005; PAIM, 2015).

Para ter condições econômicas de atender a essa integralidade, os municípios operam politicamente uma programação pactuada integrada entre suas secretarias de saúde e a do estado, buscando compartilhar recursos para consolidação das ações na rede de serviços públicos. As autoridades sanitárias locais oferecem os serviços que se fazem necessários a sua população, assim como de outros municípios da região, através de municípios-polo, referência para os outros níveis de atenção (LIMA *et al.*, 2012).

Aspectos referentes à participação popular nas deliberações sobre a operação do sistema e sobre o repasse de recursos entre os entes da federação trazidos na Lei n. 8.142/90 são ainda objeto de disputa. Essa lei criou o Fundo Nacional de Saúde e determinou transferência automática de finanças públicas entre os entes e a criação de conselhos de saúde, com participação de trabalhadores e usuários para analisar os planos e relatórios elaborados pelos gestores, com objetivo de deliberar sobre a composição do orçamento da saúde e financiar a elaboração de planos de carreiras em saúde pública.

Quanto à gestão e ao financiamento, no âmbito federal, o Ministério da Saúde formula as políticas nacionais, planeja, normatiza, avalia e faz uso de instrumentos de controle. É a União a principal financiadora do sistema e, para realização de projetos, depende de estados e municípios, organizações não governamentais, fundações, empresas, etc., sendo financiada pelos tributos federais e devendo aplicar, anualmente, no mínimo 15% da receita corrente líquida do respectivo ano financeiro, de acordo com a Emenda Constitucional n. 86/15, que revogou parte do que estabelecia a Emenda Constitucional n. 29/00 no art. 198, §§ 2º e 3º da CF/88 (BRASIL, 2019).

Já as secretarias estaduais de saúde coordenam e planejam a saúde em seu nível de governo obedecendo normas federais na aplicação de recursos próprios, inclusive nos municípios, e repassados pela União, assim como realizando parcerias para concretização de políticas nacionais. O financiamento do estado para a saúde corresponde ao somatório dos resultados obtidos das arrecadação de impostos estaduais, Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Imposto

sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação (ITCMD), com as transferências da União, da cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE), da cota-parte do Imposto sobre Produto Industrializado (IPI) proporcional ao produto das respectivas exportações de produtos industrializados (IPI-Exportação) e transferências da Lei Complementar n. 87/1996 (Lei Kandir), com Imposto de Renda retido na fonte, e ainda outras receitas correntes, descontadas as transferências constitucionais e legais feitas aos municípios de 25% do ICMS, 50% do IPVA e 25% do IPI-Exportação, tudo multiplicado por 0,12 em função das Emendas Constitucionais n. 29 de 2000 e 86 de 2015, combinadas com a Lei Complementar n. 141 de 2012 (BRASIL, 2019).

Já no âmbito dos municípios, ocorre o planejamento local respeitando-se as diretrizes estaduais e nacionais, a aplicação dos recursos próprios, repassados para realização das parcerias com outros municípios e com o estado. O financiamento do município para a saúde é resultado do somatório entre recursos obtidos da arrecadação de impostos municipais, Imposto Sobre Serviço (ISS), Imposto Predial e Territorial Urbana (IPTU) e Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis (ITBI), com as transferências da União, da cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPM), da cota-parte do Imposto Territorial Rural (ITR) e transferências da Lei Complementar n. 87/96 (Lei Kandir), também com Imposto de Renda retido na fonte e, igualmente, com outras receitas correntes, somando-se ainda as transferências constitucionais e legais feitas pelo Estado de 25% do ICMS, 50% do IPVA e 25% do IPI-Exportação, multiplicado por 0,15 em função das Emendas Constitucionais n. 29 de 2000 e 86 de 2015, combinadas com a Lei Complementar n. 141 de 2012 (BRASIL, 2019)

Problemáticas dos sistemas de saúde em interação e o fenômeno da judicialização

Alguns problemas são identificáveis na análise da sistematização feita pelo direito sobre o mercado da saúde como um todo. O mercado

da saúde suplementar é de tamanho peso que se configura como um subsistema do sistema de saúde no Brasil, o Sistema de Atenção Médica Supletiva, que convive com outros baseados no Sistema de Desembolso Direto e fundos com clientela exclusiva em paralelo, como, por exemplo, o Fundo de Saúde que custeia a saúde das Forças Armadas. Essa estrutura sedimenta uma fragmentação institucional, fazendo com que o sistema de saúde não seja de fato único.

Em outubro de 2015, a administração direta contava com 75.970 estabelecimentos de saúde, 26,69% dos 284.651 existentes, enquanto as empresas privadas, com 196.744 (69,12%). Esperar-se-ia que tal proporção se mantivesse quando analisada a quantidade de centros e unidades básicas de saúde capazes de resolver a ampla maioria dos casos, mas, nesse âmbito de atuação, onde há baixo custo e, igualmente, baixa lucratividade, a administração pública possuía 34.387, 97,49% dos 35.273 existentes no País, enquanto as empresas privadas contavam com apenas 178 (0,5%). Já quando vistos os centros de média e alta complexidade, o Brasil conta com 6.144 hospitais gerais e especializados, sendo 1.982 (32,42%) de empresas privadas e 2.059 (33,51%) da administração pública. Portanto, percebe-se nítido interesse mercadológico nesta segmentação do setor saúde no País, o que reforça a quebra da unicidade do sistema e o desvio dos objetivos induzidos pela reforma setorial guiada por princípios de mercado em curso, em que o SUS está inserido (BRASIL, 2019).

Outro problema inerente à cisão no sistema autorizada pelo direito, e que afeta diretamente o financiamento e a economia do setor de saúde, é o fato de a saúde suplementar receber significativos subsídios indiretos do governo federal. Isso se realiza na forma de renúncias fiscais através de abatimento nos Impostos de Renda, em paralelo a falhas de financiamento, organização, gestão e distribuição desigual de infraestrutura. Com isso, o Estado promove mais um estrangulamento de recursos orçamentários na saúde e maiores dificuldades na concretização desse direito.

Em razão desses problemas estruturais de financiamento fruto, também, da fragmentação do sistema, a população que sofre com a

falta de assistência busca no judiciário a atenção às demandas de saúde, fazendo surgir o fenômeno da judicialização da saúde como consequência mais imediata e individual desses problemas. Há casos em que, de fato, não haveria outra saída a não ser ingressar no judiciário para não ver o próprio direito à saúde, que geralmente se confunde com o direito à vida, desaparecer. Por exemplo, nos casos em que a prestação exigida na justiça se confunde com o padrão já concedido pelo Estado, às vezes pleiteando medicamentos já incluídos nas listas do SUS, negados indevidamente pela administração pública a pessoas de baixa renda, cujos interesses são levados adiante pela Defensoria Pública.

Essa, no entanto, não é uma regra geral. Quando há judicialização da saúde, a parcela da população atendida por demandas judiciais tem, em média, melhores condições socioeconômicas, residindo em áreas com baixa ou sem nenhuma vulnerabilidade social, e pleiteando medicamentos ainda experimentais ou tratamentos em outros países ou em instituições privadas nacionais, de elevado custo e que chegam a comprometer o orçamento para políticas públicas de saúde de maior abrangência (CHIEFFI, 2009).

O julgador se defronta com a necessidade de fazer uma escolha em uma situação, portanto, de racionalidade limitada, tendo em vista que, por um lado, o SUS deve atender a todos e de maneira integral com objetivo de promover a saúde e, por outro, ele mesmo, o juiz, geralmente não tem conhecimento sobre saúde, concedendo a demanda pleiteada à revelia de um possível entendimento científico de fato sobre a matéria em uma situação em que o tratamento pleiteado é, via de regra, urgente.

Nesse sentido, faz-se necessário que os juristas consigam ir além dos parcos e imprecisos critérios elencados nas jurisprudências, como das decisões do Recurso Extraordinário 657.718 de 2019 e do Agravo Regimental em Suspensão de Tutela Antecipada n. 175/CE do STF, que tentam fixar balizas jurídicas para consecução do direito à saúde, sem respaldo democrático da sociedade para interferir em políticas públicas ou capacidade científica no que tange ao conhecimento sobre matéria de saúde.

A partir desses julgamentos, foram atualizadas teses sobre o acesso a determinados tratamentos, mas de forma pontual (apenas para medicamentos) e com uma abrangência conceitual ainda carente de respaldo quer seja científico, da área de estudo, ou democrático, partindo de deliberação participativa da estrutura de governança pública do SUS. O que havia antes era, de acordo com o STA-AGr n. 175/CE do STF, que, como regra, o SUS não poderia ser judicialmente obrigado ao fornecimento de medicamento sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Se o SUS oferecesse alternativa de tratamento, ela apenas poderia ser desprestigiada em favor da pretensão autoral se comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente. O Poder Público não poderia ser judicialmente obrigado a oferecer tratamento puramente experimental, sem comprovação científica de sua eficácia, ainda que em caso de inexistência de alternativa no SUS. E, por fim, quanto aos novos tratamentos – reconhecidos mas ainda não incorporados pelo SUS –, é necessário "cuidado redobrado na apreciação da matéria" e que haja instrução processual, com ampla produção de provas, o que poderá configurar-se um obstáculo à concessão de medida cautelar.

O que passou a ocorrer com o RE 657.718 de 2019 foi novamente que o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. A ausência de registro na Anvisa impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário em caso de mora irrazoável da agência reguladora em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na lei específica), quando existente pedido de registro do medicamento no Brasil, salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras, existente registro em reputadas agências de regulação no exterior e inexistente substituto terapêutico registrado na Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa). E, ainda, as ações que demandem fornecimento de medicamento sem registro na Anvisa deverão ser necessariamente propostas em face da União.

O judiciário, então, na tentativa de extrapolar a própria órbita de atribuições e efetivamente legislar, com objetivo de dar maior

segurança jurídica à matéria, utiliza conceitos indeterminados ou fora do léxico da linguagem jurídica, como "cuidado redobrado" na análise do caso e da "comprovação da ineficácia do tratamento do SUS", que o juiz não necessariamente saberá interpretar; ou, ainda, a concessão de medicamento com base em mora de uma agência (critério sem qualquer cientificidade) ou com base no que dizem "reputadas agências de regulação do exterior" de forma inespecífica e sem clareza.

O judiciário é uma instituição social sem legitimidade democrática representativa, posto que não é eleito, sendo a última palavra em consenso provisório e que toma decisões a partir de algo que se pode chamar de um "governo de juízes". Portanto, percebe-se que a judicialização não deve ser o principal instrumento de exigibilidade do direito à saúde, mas deve ser articulada com outros mecanismos que promovam o acesso justo dos cidadãos e cidadãs (DRESCH, 2016; ALBUQUERQUE, 2013).

Realizações do SUS

O SUS cobre hoje toda a população brasileira, em todos os ciclos da vida, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Para isso, através de pesquisas e ações práticas, desenvolve programas amplos com foco na atenção primária, como o Programa de Saúde da Família. Em paralelo, realiza o Programa Nacional de Imunizações, estratégia de vacinação que conseguiu eliminar a poliomielite, controlar o sarampo e, possivelmente, a rubéola, além de ter reduzido tétano, difteria e coqueluche (PAIM, 2015).

O sistema também é referência em saúde mental. Em outubro de 2008, o SUS dispunha de mais de 1.290 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para atender pessoas com transtornos mentais próximo da sua residência, evitando internações em hospitais psiquiátricos; em outubro de 2015, esse número saltou para 2.696. Além disso, há um Sistema de Informações Hospitalares como um dos maiores grupos de procedimentos executados em hospital no mundo, além de rede de bancos de sangue e institutos de pesquisa de alta tecnologia e de ponta. Com

essas realizações, a saúde pública esteve entre as atividades da saúde com maior aumento do emprego. Coligada a isso, a criação de diversos cursos na área da saúde para atender a demanda elevou a produção científica em saúde coletiva (BRASIL, 2019; PAIM, 2015).

Como um instrumento de garantia, portanto, o SUS tem levado não apenas saúde, mas dignidade às pessoas, essencial para o exercício da cidadania, atuando em todos os níveis de cuidado e com abrangência nacional.

Conclusão

Conforme exposto, a saúde não se adequa às leis de mercado e, portanto, não pode ser considerado bem privado que possa ser livremente comercializado ou mercantilizado, mas um bem majoritariamente público por exclusão; mais especificamente, por ser um direito, bem de mérito. Se um mercado não possui competição perfeita devido a externalidades, assimetria de informação e tantas outras falhas, cabe ao Estado, pois, regulá-lo, com a criação, no caso de cuidados de saúde, de um sistema de saúde público de qualidade como fonte principal de fornecimento do bem.

O direito à saúde, no entanto, só veio a se consolidar como direito fundamental e dever do Estado com o advento da CF/88. Com enorme contribuição do Movimento pela Reforma Sanitária do Brasil, tem entre seus objetivos a integralidade e a universalidade; para isso, possui uma série de fontes de financiamento que se distribuem, assim como as atribuições, de maneira relativamente proporcional pelos diversos entes públicos e sujeitos que com ele realizam parcerias.

Vários problemas estruturais foram demonstrados, desde a elaboração conceitual, na falta de unicidade do sistema, à burocracia estatal hipercomplexa a partir de conexões com o setor privado, na realização de concessões, benefícios fiscais, desvinculação de receitas, dentre outros fatores que levam à sua desestruturação e dificuldades orçamentárias.

Os recursos atuais destinados para o SUS são insuficientes, visto que é um sistema que tem por missão constitucional ser universal

e integral. Observa-se que há pouco avanço na implantação de carreiras para formação de um quadro de pessoal do SUS. Outros problemas de financiamento, da infraestrutura restrita e até de recursos humanos também podem ser citados; todos eles, frutos de perdas legislativas que possibilitam condutas desviantes do executivo na gestão do sistema.

Trata-se de um estímulo à precariedade do sistema público em benefício do asseguramento privado. Não por acaso são cotados como políticas públicas planos privados populares, ou cobranças no sistema em uma agenda política que visa constantemente o seu desmonte, fundamentado na desvinculação de receitas públicas que deveriam vir para o orçamento do SUS. Ou, ainda, a desvinculação total das receitas públicas. Isso não apenas não resolve o problema estrutural do sistema de saúde como o agrava, ao custo das vidas de milhões de brasileiros e brasileiras, para satisfazer os interesses de quem deseja mercantilizar o que é de todos por direito.

Foi posta em evidência a atuação do judiciário na pretensão de concretização do direito à saúde mediante o descaso, elencando critérios e diretrizes próprias que não condizem com os parâmetros inerentes à criação do SUS, nem democráticos nem científicos, desconhecendo os fenômenos da medicina e da saúde em geral. Nesse sentido, o magistrado se vê em uma posição como a de um usuário que não tem conhecimento técnico, de racionalidade muito limitada, para tomar uma decisão. Isso pode resultar, com base em critérios mal elaborados e de indeterminação conceitual, em prejuízo à própria prestação do serviço.

Malgrado existam problemáticas, restou demonstrado que os fundamentos históricos e econômicos do sistema e a importância dada pelo reconhecimento internacional, como exemplo para o mundo no que tange à erradicação de doenças, combate a endemias e epidemias e cobertura total da população, consolidam a necessidade de defender o SUS, aprimorar seu financiamento e estruturação como correlatos à própria defesa da dignidade e da cidadania.

Deve ser buscado, por fim, um patamar mínimo ainda mais elevado de receitas vinculadas à Seguridade Social e à saúde para que os

recursos possam chegar ao patamar de 10% do PIB, conforme padronização e meta internacional que ocorre nos países com sistemas congêneres. Diante de um contexto de crise, flexibilização e agravamento das condições laborais via precarização, que afetam a saúde do trabalhador, de um contexto de envelhecimento populacional, pobreza e desemprego crescentes, a demanda por saúde inevitavelmente aumenta e a medida governamental não pode ser outra senão assegurar o direito universal a saúde pública de qualidade a quem dele necessite, sem cobrança pelos serviços. Apenas com a injeção de mais recursos na saúde da seguridade, evitar-se-á a total falência pelo estrangulamento orçamentário para privilegiar um sistema concorrencial eivado de problemas desde a concepção.

Referências

ALBUQUERQUE, M. F. M.; SAMPAIO, J. F.; VASCONCELLOS, L. C. F. *Estado e direitos humanos no Brasil*: respostas públicas à exigibilidade do direito humano à saúde. Direito e saúde: cidadania e ética na construção de sujeitos sanitários. Maceió: Edufal, 2013.

BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 15 jul. 19.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000*. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ Emendas/Emc/emc29.htm>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015*. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ Emendas/Emc/emc86.htm#art1>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016*. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ Emendas/Emc/emc95.htm>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. *Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012*. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. *Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996*. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp87.htm>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 20 de setembro de 1990*. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Glossário temático*: economia da saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z*: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 27 e 140. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. *Proposta de Lei Orçamentária de 2018*. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento-1/orcamentos- anuais/2018/ploa-2018>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. *Proposta de Lei Orçamentária de 2019*. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento-1/orcamentos- anuais/2019/ploa>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Agr*avo Regimental em Suspensão de Tutela Antecipada nº 175/CE - Ceará*. Relator: Ministro Gilmar Mendes. DJ: 17/03/2010. Processos, 2010. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2570693>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Recurso Extraordinário nº 657.718/MG – Minas Gerais*. Relator: Ministro Marco Aurélio. DJ: 22/05/2019.

Processos, 2019. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4143144>. Acesso em: 15 jul. 2019.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Saúde e seus Determinantes Sociais. Rio de Janeiro. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo. br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 122-135. jan./jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222002000100005>. Acesso em: 13 jul. 2019.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800020>. Acesso em: 13 jul. 2019.

CORRÊA, G. A necessidade da regulação do setor privado de saúde no Brasil – razões e perspectivas. In: JORGE, Elias Antônio; PIOLA, Sérgio Francisco. *Primeiro prêmio nacional – 2004*: coletânea premiada. Brasília: Ipea, 2005. p. 45-79. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3222/1/Livro%20PremioEmEconomiaDaSaude.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2019.

CUNHA JÚNIOR, D. *Curso de Direito Constitucional*. Salvador: JusPodivm, 2012.

DRESCH, R. L. *Judicialização da saúde*: um remédio amargo? Perspectivas sobre os erros e acertos da atuação do poder judiciário nas demandas de tratamentos médico. Direito à saúde em perspectiva: judicialização, gestão e acesso. Vitória: Emescam, 2016.

LIMA, S. B. S.; PELLENZ, N. L. K.; SARTURI, F.; TODENDI, P. F. Regionalização dos serviços de saúde municípios polo: revisão bibliográfica de 2000- 2010. *Revista Saúde*, Santa Maria, v. 38, n. 2, jul./ dez. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/download/4503>. Acesso em: 10 jun. 2019.

MATIAS, A. *O mercado de cuidados de saúde*. Portugal, 1995. Disponível em: <http://apes.pt/wp-content/uploads/2015/05/dt_051995.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2019.

MELO, J. R. Racionalidade limitada e a tomada de decisão em sistemas complexos. *Revista de Economia Política*, v. 36, n. 3, p. 622-645, jul.-set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rep/v36n3/1809-4538rep-36-03-00622.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2019.

MOTA, D. M.; ORTÚN, V.; SILVA, M. G. C.; SUDO, E. C. *Uso racional de medicamentos*: uma abordagem econômica para tomada de decisões. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2008.v13suppl0/589-601/>. Acesso em: 21 jul. 2019.

PAIM, J. S. *O que é o SUS?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>. Acesso em: 10 jun. 2019.

PEREIRA, L. M. As dimensões de direitos fundamentais e necessidade de sua permanente reconstrução enquanto patrimônio de todas as gerações. *Revista Conexão Eletrônica*, p. 779-803, 2013. Disponível em: <http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoanterior/Sumario/2013/downloads/2013/3/33.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2019.

PINHEIRO FILHO, F. P.; SARTI, F. M. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2981-2990, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 jun. 2019.

SOARES, L. T. R. Política de ajuste e reformas da seguridade social na América Latina. In: ANDREAZZI, Maria Fátima Siliansky de; TURA, Luiz Fernando Rangel. *Financiamento e gestão do setor saúde*: novos modelos. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery, 1999.

9

Reflexões para o debate sobre inovações e novos modelos de atenção no contexto das crises e reformas que atingem o SUS

Francisco de Assis da Silva Santos

Introdução

Desde a Constituição Federal de 1988, o município foi revalorizado como um dos entes federados mais importantes para a construção das políticas públicas. O SUS reforçou o papel protagonista da gestão municipal e passou a definir, em parte, o rumo das ações de saúde nos seus territórios ao longo da década de 1990. Os gestores se esforçam, desde então, para implementar serviços municipais que atendam aos anseios da população o mais próximo de onde ela reside. A descentralização passou a ser um dos princípios do SUS que mais evoluíram ao longo do processo de reforma setorial.

Entretanto, se, por um lado, a municipalização da saúde, como modelo para descentralização na primeira geração de reformas institucionais do SUS, garantiu que os problemas básicos da população fossem atendidos, por outro, gerou uma atomização de Sistemas Locais de Saúde operando isoladamente (MACHADO *et al.*, 2015). Sem o papel efetivo de liderança política no processo de governança exercido pela autoridade sanitária estadual, houve uma desarticulação do cuidado aos cidadãos usuários, com elevação de barreiras de acesso à medida que cresciam as responsabilidades das autoridades sanitárias locais instituídas pelo SUS para a provisão dos serviços, baseados no conceito de comando único por esfera de governo. Mais recentemente, a partir da década de 2000, seguindo uma tendência histórica, com concomitante redução de repasses federais, houve uma ampliação das responsabilidades das secretarias estaduais no financiamento e provisão de serviços no SUS, apesar de o debate político institucional que envolve o processo de regionalização da saúde e a pactuação das Redes Assistenciais Integradas ainda apresentar muitas lacunas na governança regional do sistema público de saúde.

No cenário de crises recorrentes que atingem o SUS, tornou-se parte da retórica política ao longo da reforma do setor público da saúde a busca por experiências inovadoras para ampliar a eficiência governamental, sobretudo relacionadas à responsabilização dos entes subnacionais para a expansão da rede, com objetivo de garantir a cobertura universal, diante do comprometimento dos orçamentos e da condição fiscal das contas públicas.

Nesse contexto de austeridade fiscal, com marcadas restrições ao gasto público na saúde, as autoridades sanitárias do País deparam-se com a reemergência de doenças antes erradicadas com vacinação e com surtos de novas doenças que agravam profundamente a responsabilidade dos gestores da saúde (SANTOS; VIEIRA, 2018). A essa situação, conjugam-se o aprofundamento das desigualdades sociais com rebatimento sobre o perfil epidemiológico dos índices de violência e problemas correlacionados que superlotam os serviços de saúde, mais notadamente aqueles de urgência e emergência. Todo esse cenário desafia as secretarias municipais de saúde a inovarem, ou até mesmo se reinventarem, do ponto de vista da sua capacidade gestora, quer seja no mecanismo de monitoramento e avaliação de impacto dessa situação de restrição de gastos, quer seja na necessidade de articulação entre a gestão pública e a população, via controle social transparente, empoderado e revalorizado, para encontrar saídas aos desafios históricos e estruturais do SUS.

A sociedade brasileira ainda carece de um cuidado à saúde integral e seguro, dentro das possibilidades concretas das autoridades sanitárias do País, para garantir seus direitos e suprir suas expectativas com o SUS. Porém, o desafio de manter e ampliar serviços de saúde em um cenário de crise profunda é permanente. Nesse particular aspecto, observa-se como tendência natural o crescimento da pressão sobre os orçamentos públicos e a estrutura de serviços assistenciais em virtude de aumento de doenças crônicas não transmissíveis, e a convivência com o agravamento da tripla carga de doenças define o perfil epidemiológico brasileiro das diversas regiões do País.

> As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se tornaram a principal prioridade na área da saúde no Brasil – 72% das mortes ocorridas em 2007 foram atribuídas a elas. As DCNTs são a principal fonte da carga de doença e os transtornos neuropsiquiátricos detêm a maior parcela de contribuição. A morbimortalidade causada pelas DCNTs é maior na população mais pobre (SCHMIDT *et al.*, 2011, p. 61).

Nesse cenário complexo, os gestores públicos da saúde são colocados permanentemente à prova. Afinal, os limites impostos pela Emenda Constitucional n. 95, associados a queda de repasses federais e restrição na arrecadação municipal, constituem uma "tempestade perfeita". Passam a impactar todo o sistema os casos que exigem tratamentos cada vez mais complexos e adequação do setor público da saúde a essa realidade de crise profunda, após anos de reformas institucionais, guiadas por mecanismos de mercado, com expansão da oferta de serviços via terceiro setor privado. Para tensionar ainda mais esses atores institucionais e os novos agentes econômicos, observa-se que, após a implementação de diversas políticas de austeridade, houve elevação na mortalidade materna e infantil no Brasil (DONIEC, 2018), havendo a necessidade, por parte das secretarias municipais de saúde, muito mais próximas dessa problemática no cotidiano do SUS, de ampliar sua capacidade de enfrentamento. A convivência com o agravamento da tripla carga de doenças passou a ser rotina nas diversas regiões do País a partir da crise global e sistêmica que perdura há alguns anos. Assim, em processo contínuo, está havendo aumento dos custos e redução de orçamentos que desafiam a possibilidade de as autoridades sanitárias garantirem efetividade das ações de saúde em parte interrompidas ou desmontadas. Cresce, dessa forma, uma imposição ao poder público para buscar os meios para sustentar ações e programas governamentais com maior custo-efetividade, que impactem positivamente os indicadores de saúde da população.

Particularmente na saúde pública, a restrição agudizada dos mecanismos de financiamento remonta às origens do pacto social que instituiu o SUS, fato que demonstra acirrada disputa política para definir os orçamentos públicos da área de saúde. Desde sua institucionalização

e de seu processo de implantação na década de 1990, persiste uma preocupação constante com formação, distribuição e alocação do orçamento público da saúde no SUS. Essas questões são objeto de disputa até os dias atuais, desde a elaboração das Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90 e, anteriormente, quando mencionadas nas disposições transitórias da Constituição de 1988, quanto à parcela referente aos recursos da seguridade social. Entretanto, do ponto de vista da alocação dos recursos disponíveis, conforme estabelecido nas normas legais e na distribuição de recursos pactuados, jamais foi cumprida na totalidade sua base legal como definem tais referências. Paiva *et al.* (2015) destacam que esses dispositivos foram suprimidos na aprovação da Lei Complementar n. 141/2012, o que sacramenta como política de estado as ações que perpetuam o problema crônico do subfinanciamento do SUS. Os mesmos autores relatam que, diante dessa postura, "a autonomia na alocação dos recursos a serem transferidos e o caráter redistributivo que deveriam ter os repasses federais do SUS têm sido menosprezados" (p. 47). A simples comparação entre a distribuição populacional e as transferências federais por região dá uma primeira aproximação do problema a ser enfrentado para o reordenamento dos repasses federais por meio de metodologias que levem em consideração os critérios previstos nessa lei, demonstrando o problema de alocação de recursos por que passam os municípios, sobretudo os menores, com restrito poder de arrecadação própria (GURGEL *et al.*, 2019).

Entretanto, escassez de recursos não é o único obstáculo a ser enfrentado. Regras e amarras administrativas dificultam encontrar saídas para dilemas e impasses na administração pública no SUS. Apesar de algumas experiências comprovadamente exitosas nas parcerias com setores comunitários para a complementaridade de serviços, voltados para a promoção da saúde, essas ações com custo-efetividade elevado comprovado não podem ser computadas administrativamente como gastos em saúde sem o risco de serem descontinuadas. Os organismos de controle das contas públicas reforçam esse comportamento que tolhe, e até mesmo bloqueia, a capacidade inovativa da gestão pública municipal para melhorar o quadro sanitário do País.

O aspecto mais elementar como instrumento de contrato para adotar medidas que possam expandir a oferta, com qualidade dos serviços, como destacado por Panzer *et al.* (2013), tem sido questionado pelo argumento da necessidade de comprovar a complementaridade.

Há uma grande dificuldade para mensurar como se deveria calcular a complementaridade de serviços dentro do escopo das ações do SUS, pois há diversas maneiras de compreender o que é "necessidade" no campo da saúde. Mesmo que as medidas objetivas com base em indicadores possam ajudar na definição de critérios, a própria natureza da avaliação de necessidade em saúde depende da subjetividade da observação externa, com base em métodos que possam ser replicados com consistência para justificar uma intervenção mensurada de forma racional. As avaliações do estado de saúde são uma valiosa fonte de informação sobre necessidade em saúde, embora não sem limitações, pois mesmo o processo de autoavaliação de morbidade é baseado em julgamento subjetivo. Em alguns aspectos da saúde, como dor, desconforto e sofrimento, a percepção subjetiva é a única fonte de informação válida. A observação externa e a percepção individual podem coincidir com medidas objetivas ou informações suplementares para aferir necessidades sociais em saúde. Outros agravos à saúde que demandam atenção do ponto de vista programático, como a hipertensão e diabetes, não podem ser percebidos e só são detectáveis por observação externa em consulta profissional (LORA, 2012). Dessa forma, a definição de quais serviços devem ser priorizados diante dos determinantes sociais da saúde da população para implantação local é um desafio no contexto das escolhas públicas racionais, dentro dos limites legais das regras de complementaridade e do conceito de "intersetorialidade" comumente debatidos no SUS.

Necessidade de complementaridade nos serviços de saúde: uma polêmica a ser enfrentada

Nesse sentido, como definir a complementaridade dos serviços de saúde nesse cenário que induz o uso de inovações para suprir as

necessidades complexas em saúde da população mais vulnerável em escala local?

Do ponto de vista normativo, a Portaria Federal n. 358, de 22 de junho de 2006, traz um parâmetro de resposta ao apontar as evidências de lacunas na estrutura pública de serviços responsável por insuficiências na oferta de ações de saúde para uma determinada região como referência. Entretanto, ao que parece, essa legislação possui elementos preocupantes para definir as necessidades de ampliação a partir dessa interpretação mais extensa do que pode ser incluído no conceito de "complementaridade".

A necessidade em saúde é algo muito mais complexo que a demanda formal aos serviços de saúde, e não pode ser definida exclusivamente por indicadores de produtividade, ou a partir da interpretação dos indicadores relacionados aos padrões de vida e adoecimento da população para estimativa formal de consultas, exames e serviços de saúde a serem ofertados. Autores apontam que a necessidade de saúde é uma construção histórica e de difícil alcance pelos meios tradicionais (VIACAVA *et al.*, 2012). Estudos demonstram que, no Brasil, quanto maior a renda, maior a qualidade de vida e, consequentemente, maiores a utilização e o acesso à diversidade de serviços de saúde (MACINKO; LIMA-COSTA, 2012). Em cidades mais ricas com maior IDH, com uma oferta de ampla rede de serviços, haveria maior pressão assistencial por demandar mais serviços. Aparentemente, nessas cidades, há pressões constantes para ampliação da oferta, enquanto em cidades pobres ocorreria o contrário. Essa é uma das possíveis causas da má alocação de recursos no SUS, apontada por autores como Porto (2006) e Mendes (2011): estados mais pobres acabam sendo menos atendidos por recursos públicos, muitas vezes por terem baixa produtividade dos serviços de saúde por restrições estruturais. Ou seja, nesses casos, o princípio da equidade, um dos pilares doutrinários do SUS, não é atendido. Pelo contrário, existe uma tendência de concentração de serviços de saúde para grupos populacionais privilegiados, como aponta classicamente a "Lei do cuidado inverso na saúde", que quebra o pilar da equidade pela concentração

de serviços onde já existe maior qualidade de vida (HART, 1971; LAMARCA; VETTORE, 2013).

A produtividade média dos serviços, parâmetro muito utilizado para definir necessidade ou não de expansão da oferta de serviços, possui uma série de limitações, por exemplo, serviços tradicionais de saúde, como hospitais de pequeno porte, possuem baixa produtividade (FORGIA; COUTOLLEC, 2009). No entanto, nem por isso esses serviços não são necessários em alguns contextos que merecem melhor análise e apontem para sua readequação em determinados territórios.

Historicamente, a demanda por serviços de saúde tem sido definida pela capacidade de ofertar, sem realmente uma análise profunda sobre a adequação às necessidades de saúde da população para além dessa perspectiva, ou seja, observa-se um nítido viés mercadológico na definição da oferta pelos prestadores de serviço quando não regulados. Dessa forma, persistem dilemas como carências de um lado e superofertas de serviços assistenciais que não condizem com a necessidade, sobretudo em função de processos de reforma guiados por princípios de mercado. Uma tentativa de reverter essa situação deu-se a partir do Programa Governamental Mais Médicos, instituído por iniciativa federal, com base na Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013), que estabeleceu diversos indicadores que justificam a alocação dos profissionais em determinados municípios e regiões em detrimento de outras. A tentativa era propor que a demanda defina a oferta e as necessidades em saúde sejam supridas por ações com elevado custo-benefício mais coerente com o princípio da equidade.

Diversos modelos podem ser usados para definição da necessidade ou não de novos serviços de saúde. A Portaria n. 1.631, de 1 de outubro de 2015 (BRASIL, 2015), que regulamenta a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), apresenta parâmetros para que os gestores se apoiem nos referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde. A portaria orienta os gestores dos três níveis de governo no planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços, podendo sofrer adequações no âmbito das Unidades da Federação e

Regiões de Saúde, de acordo com as realidades epidemiológicas e a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros (BRASIL, 2015). Há, nesse sentido, uma pequena abertura para o debate sobre parâmetros mais adequados à oferta de serviços de saúde, com possibilidades inovadoras de assistência à saúde, que fogem ao escopo tradicional, a exemplo das práticas integrativas no SUS.

Tradicionalmente, a complementaridade de serviços de saúde normalmente acontece com a ampliação de serviços médicos, sobretudo com a contratação de especialistas, cirurgiões, intervencionistas, ou a compra de serviços pelos gestores para suprir os gargalos na oferta desses serviços à população. Destaca-se que a exclusiva ampliação do contingente de médicos não necessariamente resolveria todos os problemas da saúde, mas, em tese, ajudaria a melhorar o desempenho dos serviços públicos. Portanto, é imprescindível um olhar mais ampliado para que o conceito de "complementaridade" possa ser visto segundo os impactos das iniciativas na qualidade de vida da população, de maneira clara e objetiva, fazendo inclusive com que os desfechos possam ser avaliados pela sociedade. É relevante realizar avaliações participativas, no intuito de analisar os diferentes interesses em jogo na oferta e demanda de serviços, propiciando protagonismo aos sujeitos diretamente envolvidos, com objetivo de avaliar mais rapidamente os serviços do SUS no cotidiano. Assim, pode ocorrer um incremento na capacidade e ângulo de análise de algumas escolhas, a fim de tornar o sistema de saúde mais sensível às necessidades da população, mudando a influência de fornecedores sobre os compradores de serviços, como alternativa para a tomada de decisão em saúde baseada em experiências concretas e resultados encontrados com participação social (ELLIOT, 2000). Esse é o cerne do processo de governança de sistemas e serviços de saúde, com participação direta dos usuários sobre as decisões no tocante à oferta de serviços informada por um leque amplo de evidências.

A legislação exige que os municípios apresentem um plano operativo para demonstrar a necessidade de complementar sua rede de serviços ofertados à população. Entretanto, Girardi *et al.* (2016)

propõem outros fatores que determinariam a necessidade, sobretudo na priorização da inserção de profissionais médicos nos serviços de saúde:

> (i) carência socioeconômica: medida pela proporção de domicílios em situação de pobreza no município, de acordo com o corte definido pelo Programa Bolsa Família (PBF) de renda *per capita* abaixo de R$140,00;
>
> (ii) altas necessidades de saúde: medidas pela Taxa de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos;
>
> (iii) barreiras de acesso aos serviços de saúde: medidas pela distância, em tempo, dos municípios até a sede da região de saúde (CIR).

Tais parâmetros não estão incluídos nos planos operativos com vistas a aprimorar os conceitos e definições daquilo que seria "necessidade de saúde", "complementaridade" e "intersetorialidade" dentro do paradigma dos determinantes sociais da saúde. Autores como Viacava *et al.* (2012) sugerem que haja um amplo espectro de dados que devam ser incorporados para análise do desempenho dos serviços de saúde. É importante conhecer para compreender a necessidade e, assim, definir propostas de complementaridade de serviços com impacto sobre a saúde da população no âmbito da saúde pública. Drachler *et al.* (2014) tentam validar um índice de vulnerabilidade social de políticas públicas e, assim, mensurar a necessidade da população para ser melhor assistida. Portanto, ao que parece, definir a complementaridade de serviços de saúde utilizando os critérios legais citados anteriormente, sem o cruzamento de diversos outros indicadores e dados sociais, econômicos e culturais, fatalmente incorrerá em erro de elaboração de propostas de modelos de atenção. Ao apontar para o princípio da equidade para nortear a oferta de serviços, com base nos parâmetros que ataquem de frente as desigualdades em saúde, a partir de um modelo de atenção mais justo, fica destacada a necessidade de aprofundar esse debate no SUS em busca de saídas para esses dilemas dos gestores públicos, como ressalta-se a seguir.

Integração da vigilância à regulação: uma proposta de modelo de atenção que permite ampliar o diálogo com a população a partir de ferramentas tecnológicas em saúde

Diversas são as explicações ou motivações para o aumento da pressão sobre os serviços assistenciais à saúde, sejam elas decorrentes de alguma condição socioeconômica, ambiental ou mesmo da emergência de novas doenças no cenário epidemiológico local. Contemporaneamente, verifica-se que há diversos aspectos biológicos, sociais e culturais que apontam para a necessidade de ampliação da oferta de serviços de saúde. Dentro desse espectro, os determinantes sociais da saúde, internacionalmente, têm sido observados como indutores de decisões políticas e de pesquisa para melhoria da qualidade de vida da população (BRAVERMAN; EGERTER; WILLIAMS, 2017).

Nesse contexto, no Brasil, a partir de 2001, surgiram na literatura as primeiras listas de condições sensíveis à atenção ambulatorial, nos estados do Ceará e Minas Gerais e no município de Curitiba, que, juntamente com as experiências internacionais, deram suporte à elaboração do indicador Internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Nessa perspectiva, altas taxas de hospitalização por essas condições sensíveis à atenção primária em uma população podem ser resultado da falta de atenção básica oportuna e efetiva sobre os problemas de saúde, dificuldade de acesso aos serviços, baixa vinculação às equipes de saúde, busca espontânea por serviços especializados ou de urgência, características culturais dos usuários ou mesmo baixa resolutividade e efetividade das ações nesse nível do sistema (ALFRADIQUE, 2009; COSTA, 2010). A expectativa é que, quanto maior a resolutividade da atenção primária à saúde, menores as internações hospitalares desnecessárias, sendo o aumento do número de hospitalizações dessas condições um sinal de alerta, devendo-se buscar as explicações para sua ocorrência.

No contexto brasileiro, Macinko *et al.* (2011) encontraram menores taxas de ICSAP em regiões com maior cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e valores mais elevados de internações em

regiões com maior quantidade de leitos hospitalares privados. O panorama nacional é favorável, pois no período de 1998 a 2009 houve redução substancial nas situações. No entanto, a redução não foi global, pois se observou estabilidade das internações por doenças imunizáveis e acréscimo entre as mulheres das condições relacionadas ao pré-natal e parto.

Apesar dos inegáveis avanços promovidos pelo fortalecimento da atenção primária, convivemos com uma tripla carga de doenças e, no âmago do sistema de saúde brasileiro, ainda há uma lógica voltada à assistência centrada em hospitais e serviços de urgência, em que a cultura do dispêndio de serviços e insumos supera a promoção e a adequada gestão do cuidado em saúde, com grande impacto sobre a sustentabilidade dos sistemas locais de saúde. Um dos mecanismos propostos aqui para reverter a lógica de mercado e prioridade para o consumo é a articulação do sistema de saúde em uma rede intersetorial de serviços públicos que, a partir da atenção primária, dialoguem com a saúde pública, como forma de equacionar melhor esse problema de maneira compartilhada, dentro dos municípios e regiões de saúde. Para tanto, faz-se necessária, antes de mais nada, a articulação da atenção primária à rede pública do sistema, coordenadora do cuidado, e uma ampla integração de serviços públicos ofertados à sociedade dentro de módulos funcionais de saúde com base em modelos de atenção inovadores (MENDES, 2010).

As redes integradas de serviços de saúde surgiram, no contexto da segunda geração de reforma no SUS, em resposta aos problemas observados, como a necessidade de enfrentamento da realidade atomizada e fragmentada dos sistemas locais de saúde, tal qual descrito na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), publicada na sua primeira versão em 2001. Essa reforma institucional dos serviços de saúde pressupõe também, em outras frentes, uma administração pública articulada ao mercado público da saúde no SUS, por meio de contratos de gestão com diversas organizações e agentes econômicos de naturezas distintas das organizações estatais que atuam na prestação de serviços públicos à sociedade. Ao mesmo tempo, observa-se

uma sociedade em constante mudança, com expectativas crescentes em relação a esses serviços (FLEURY, 2002).

A discussão sobre a implementação de redes de atenção na saúde pública é um movimento observado há quase duas décadas. Entretanto, uma abordagem mais ampla desse conceito de "rede de serviços públicos" numa perspectiva intersetorial ainda é bastante incipiente. Nesse modelo de atenção, desenha-se uma articulação mais ampla entre os serviços de saúde de um determinado território e outros pontos que, aparentemente, são externos (escolas, associação de moradores, igrejas, asilos, organizações associativas e as próprias casas), mas que possuem influência direta e impacto das ações que ocorrem para além das redes de serviços formais de saúde, por apontar para alguns enfrentamentos dos seus determinantes na escala comunitária dos territórios sanitários.

Mendes (2010, p. 2230) apresenta um conceito de "rede" para ser trabalhado no interior do sistema de saúde:

> As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Mendes (2009), ainda, estabelece que, para a conformação da rede, são necessários três componentes:

> População: cuja responsabilidade sanitária e econômica está adscrita a áreas de responsabilidade da rede e deve ser amplamente conhecida, ou seja, deve ser cadastrada em subgrupos que facilitem o conhecimento sobre suas características e necessidades;
>
> Estrutura organizacional: distribuída em pelo menos cinco áreas: o centro de comunicação (deve ser transversal e integrar a rede) à atenção primária à saúde (responsável por ser o ponto de coordenação do cuidado à população); os pontos de atenção secundários e

> terciários (compostos por serviços de maior densidade tecnológica); os sistemas de apoio (cuja atribuição está intimamente ligada aos exames complementares que podem ser demandados em mais de um ponto da rede); os sistemas logísticos (responsáveis pelo transporte sanitário e de insumos que devem proporcionar uma garantia de fluidez e oportunizar um acesso adequado a serviços em diversos pontos do território e fora dele); e o sistema de governança da rede de atenção à saúde (local de articulação interfederativa com o objetivo de construir instrumento de acompanhamento, controle, avaliação, definição de metas e padrões que devem ser consensuados e cobrados àqueles que compõem a rede);
>
> Modelo de atenção à saúde: que pode ser centrado nas doenças agudas ou nas doenças crônicas, tornando-se evidente a necessidade de se ampliar o segundo modelo devido às mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira, o que tem ampliado a carga de doenças crônicas. No entanto, as doenças crônicas podem passar por fases de agudização, e uma das características brasileiras é, ainda, o elevado grau de patologias decorrentes de acidentes e violência, evidenciando a necessidade de se realizar um mix entre os dois modelos de atenção.

Aqui, enfatiza-se a necessidade de uma organização em rede, de maneira a garantir portas de entrada organizadas na atenção primária ampliada, numa perspectiva intersetorial, que proporcione acesso por ordem cronológica e de risco em tempo real, com suporte de instrumentos tecnológicos. Nesse modelo, é fundamental a integração de sistema de informação de modo a assegurar uma regulação adequada, com linha de cuidado implementada, sobretudo para a adequada racionalização de custos no uso de exames complementares, com acesso de prontuários eletrônicos por parte de qualquer profissional da rede, de modo que a população que compõe o território envolvido por ações intersetoriais possa ter uma condição real que viabilize maior responsabilidade sobre a saúde (SANTOS; ANDRADE, 2011). Observa-se que, potencialmente, dados gerados a partir de eventos reportados pela população, integrados a um sistema que possa atuar de maneira a apontar padrões e prever comportamentos, como no estudo realizado por Albuquerque *et al.* (2013), indicam a existência

de algo muito promissor dentro dos processos inovadores no tocante ao potencial da vigilância em saúde no SUS.

O Ministério da Saúde brasileiro editou portaria no final de 2010 com o intuito de consolidar as Redes de Atenção à Saúde no SUS em que há o reconhecimento de diversas lacunas na atenção à população, pulverização de serviços nos territórios municipais, falta de integração de ações de vigilância e promoção de saúde, e uma configuração inadequada desses serviços favorecendo a desarticulação da atenção à saúde da população (BRASIL, 2010). Por isso, ações que promovam aproximação entre a vigilância participativa e a regulação do acesso, sobretudo em eventos inusitados com grande impacto social, podem ser favorecidas por modelos de integração de serviços intersetoriais que possam utilizar melhor seus recursos físicos e financeiros no SUS, sobretudo na detecção precoce de agravos à saúde.

É evidente que há expansão da aplicação do conceito de "redes regionais" em diversos locais no País. No entanto, como em qualquer modelo, há fortalezas e fragilidades para a conformação de uma nova prática no SUS regionalmente, pois persistem lacunas e processos disfuncionais que, se amplamente discutidos com diversos grupos de interesse, podem potencializar uma melhor atenção à saúde da população brasileira. Por isso, a tomada de decisão passa pelo entendimento de que algumas dificuldades podem ser superadas com pequenas ações, no entanto alguns obstáculos podem impor limites ao avanço do trabalho articulado em rede (quadro 1).

Para Bruine (2001), qualquer atividade em rede exige diversas habilidades, principalmente relacionadas à administração de conflitos, devido à necessidade de embates entre diversos interesses. Outra constatação é a necessidade de transparência, formalização de processos e efetiva participação social, sendo que a integração da comunidade às discussões presentes na rede é permeada por interesses não convergentes que dificultam qualificar adequadamente os serviços, em face das divergências dos atores sociais participantes desse processo em âmbito regional para que possam contribuir de maneira mais efetiva à construção das redes integradas de serviços de saúde.

Quadro 1 – Vantagens e desvantagens da formação e gestão de redes

Vantagens	Desvantagens
Maior mobilização de recursos	Difícil distribuição de recursos, devido à dificuldade de compartilhar recursos para outras entidades
Mais democrática, pode ter participação de diversas entidades	O processo de negociação, por ser lento e dificultar o cumprimento de exigência de urgentes
Pode-se ampliar o controle social	O caráter universal pode impedir o atendimento de demandas focalizadas
Maior capacidade de adaptação às demandas sociais	Dificuldade de controle e coordenação devido à quantidade de participantes do grupo
Construção de responsabilidades consensuadas com os participantes	Metas são compartilhadas e podem diluir as responsabilidades

Fonte: adaptado de Fleury (2002).

A saúde difere dos demais serviços públicos, como é o caso da educação, que não requer o compartilhamento dos serviços de um município com outros na busca da integralidade como princípio. A interconexão de um serviço de educação municipal com outro não é essencial para a garantia do direito à educação, como acontece com a saúde (SANTOS; ANDRADE, 2011, p. 16.76). A necessidade de uma única rede de saúde está fundamentada na "integralidade", a ser garantida diante da complexidade da saúde.

No mundo atual, há uma nítida ampliação do ativismo virtual: as pessoas interagem de maneira a construir novas relações sociais, até mesmo com entidades governamentais. Abriu-se espaço virtual permeável que cresce a cada dia, como uma nova maneira de atuar no contexto formal do sistema de saúde, por meio de aplicativos e portais nos quais os indivíduos passam a protagonizar o registro de sintomas e, até mesmo, de riscos à saúde das populações, o que passou a ser reconhecido como vigilância participativa. Apesar de recente, a atuação mais efetiva da população passou a ser registrada no Brasil e em outros países (LEAL NETO *et al.*, 2016).

Pode-se afirmar que há uma revolução em curso, pelo menos no campo da vigilância em saúde: a ampliação de instrumentos que promovem uma participação mais efetiva da sociedade provocou o

crescimento de informações que auxiliam a tomada de decisão mais dinâmica. Contudo, o arsenal de aplicativos, portais e informações gerados por notificações realizadas pelo sistema de saúde, ou mesmo decorrentes da participação da sociedade, ainda não levou à modificação em outra importante função gestora pública: a regulação de acesso nos serviços de saúde.

Melhorar a gestão do SUS é quase consenso entre todos os matizes ideológicos, inclusive os que julgam imprescindível aumentar, de forma substancial, os recursos públicos, pois não desconsideram a relevância dos ganhos de eficiência na utilização mais racional dos meios com a incorporação desses instrumentos. Atualmente, há diversas iniciativas que poderiam contribuir para melhorar a qualidade do atendimento e para o uso mais racional dos recursos, como o Cartão SUS com registro eletrônico de prontuários. Medidas relativamente simples e mais amplamente incorporadas no mundo seriam capazes de aperfeiçoar o controle dos gastos com exames e outros procedimentos no SUS. Melhorias na gestão do cuidado também trariam impacto nos índices de rotação de leitos e de utilização de equipamentos, com reflexos positivos no atendimento à sociedade (PAIVA *et al.*, 2015).

Uma das maneiras para aperfeiçoar a utilização dos recursos pode ser direcionando consultas e atendimentos de acordo com as necessidades da população que são alteradas por eventos externos ou por influência da dinâmica da oferta de serviços públicos de saúde. No SUS, essas questões estão sob encargo dos instrumentos do complexo regulador, que é prioritariamente responsável por realizar a regulação de acesso, definida como "Um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que respondem às necessidades e demandas dos usuários por serviços de saúde, buscando garantir acesso equitativo, ordenado, oportuno e qualificado." (GONÇALVES, 2010).

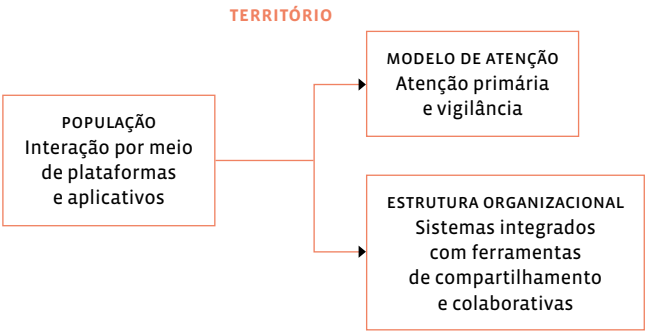
No cotidiano do SUS, sobretudo em agendamento realizado de maneira eletiva, há o absenteísmo de usuários no momento da consulta em diversas especialidades, levando a uma fila virtual que amplia a espera e, assim, aumenta o descontentamento e o tempo de resposta

às demandas dos usuários do sistema de saúde. Segundo pesquisa da Associação Médica Brasileira, 58% das reclamações dos pacientes no SUS estão relacionadas à demora no atendimento; em segundo lugar, com 26%, está a falta de leitos (AMB, 2014). O lapso de tempo entre o momento em que se registra a demanda da assistência e a efetiva realização do procedimento pode ser de semanas, meses e até anos. O usuário passa a buscar alternativas para que seu pleito seja atendido, automedica-se, desiste de procurar ou, em casos extremos, chega a falecer sem assistência. Contudo, a partir do momento em que foi "posicionado" em uma fila de espera, não é removido com facilidade. Há falta de comunicação entre o serviço de saúde e o usuário e, quando chega a data do agendamento, o paciente ou não mais está precisando, ou, por diversas vezes, não se apresenta ao serviço de saúde (SOUSA *et al.*, 2014). Alguns serviços, geralmente privados, entram em contato com o demandante do atendimento, com 24 horas de antecedência, para que haja confirmação. Contudo, poucas iniciativas são observadas no que diz respeito aos mecanismos que ampliam essa integração entre o usuário do SUS, que solicitou a assistência no sistema de saúde público, e o agendamento do atendimento. Um dos profissionais que possibilitam a articulação entre a unidade e os usuários são os agentes comunitários de saúde (ACS). Entretanto, devido à sobrecarga desses profissionais e à falta de ferramentas adequadas para que desenvolvam essas atividades, muitas vezes não há a comunicação entre o profissional e o paciente de forma oportuna.

A aproximação entre a vigilância em saúde e a regulação por meio do desenvolvimento de novas tecnologias pode favorecer a criação de uma rede amplamente integrada e cuja participação da sociedade passe a ser entendida como efetiva e transformadora da realidade dos serviços de saúde. Com isso, os três componentes da rede se inter-relacionam e criam uma dependência mútua: 1) a população passa a conhecer os serviços de saúde, participa da notificação de doenças, recebe informações de saúde, avalia serviços e encaminhamentos para outras instâncias e cria um ativismo que supera a atual relação entre o poder público e a sociedade, muitas vezes só conseguindo vocalizar

seus interesses formalmente em conferências e conselhos de saúde; 2) a estrutura organizacional, em que um sistema integrado por meio de plataforma e aplicativos pode favorecer, desde a transferência de pacientes até o uso racional de equipamentos, consultas, procedimentos e insumos, que poderão ser utilizados de maneira a atender à população no local e momento adequados; 3) modelo de atenção, que, ao mesmo tempo estabelece a atenção primária como coordenadora do cuidado, reconhecendo o papel do agente comunitário e dos profissionais que atuam diretamente nos territórios intersetoriais, formalmente integrados à vigilância em saúde, pode ser transformada numa plataforma mobilizadora da participação social que aprimora a oferta de serviços no local e no tempo corretos. A organização do serviço de saúde nesse modelo de integração valoriza a base territorial para organização e planejamento de ações, como esquematizado na figura 1.

Figura 1 – Modelo de rede integrada utilizando território – população, vigilância e regulação integradas



Fonte: elaboração do autor.

A implantação desse modelo de integração de serviços, em que há uma participação social mais efetiva e uma aproximação da vigilância com a atenção primária, utilizando a regulação de acesso como sistema tecnológico principal para ganho de desempenho e ampliação dos impactos nos indicadores de saúde, parece promissora. Para tanto, mecanismos que promovam uma mudança do modelo de atenção a

partir das necessidades e interesses da população podem favorecer a articulação dos serviços com uma lógica territorial e com base nos determinantes sociais da saúde (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009), regulada dinamicamente, associando a promoção da saúde com tratamento precoce para que possam promover melhores resultados. Porém, uma das grandes dificuldades de se trabalhar com essa tecnologia surge na hora de otimizar os sistemas de equações. "A otimização via simulação exige um considerável esforço computacional, pois para se localizar a solução ótima é necessário verificar diversas configurações de valores dos parâmetros." (ALMEIDA FILHO, 2006).

A utilização de tecnologia apoia o conhecimento de padrões para que, além da antecipação do conhecimento do comportamento de eventos como surtos e epidemias, possa propiciar a antecipação de "cotas" para a oferta de consultas e procedimentos de forma mais dinâmica, a partir de ajustes internos no processo de trabalho das unidades de saúde e equipamentos sociais existentes na comunidade.

A melhora na governança participativa em saúde e os seus desdobramentos práticos estão em consonância com as transformações observadas no mundo contemporâneo nos sistemas públicos. Diferentemente das relações simples de subordinação hierárquica, como principal mecanismo de comando e controle das instituições, tradicionalmente observado no contexto da administração pública clássica, a ideia de governança vai além da relação hierárquica dos entes governamentais (IBANHES, 2007). Portanto, para que exista, de fato, governança clínica participativa no sistema de saúde, é necessário assegurar um conjunto de atributos de modo que uma efetiva arquitetura de autoridade sanitária de Estado se faça presente para liderar esse processo. Assim, as funções gestoras públicas são preservadas e aprimoradas, por meio de mecanismos que levam ao fortalecimento das ações de Estado na coordenação, planejamento, regulação, controle, avaliação e auditoria. De acordo com Berwick *et al.* (2008), a Tripla Meta 'cuidado, saúde e custo' ajuda gestores do setor a pensarem de forma sistemática e com uma visão mais ampla da saúde da população. O pensamento sistêmico impede que a discussão dos problemas

de saúde tenha como base apenas as estruturas que compõem esse sistema; e ajuda a compreender as relações existentes entre os diversos componentes de uma rede de saúde, assim como a influência que cada unidade tem para o resultado do todo (BERWICK *et al.*, 2008).

Para a construção de uma política pública de saúde abrangente e efetiva, cada vez mais faz-se necessária uma articulação que incorpore de fato os principais conceitos empregados quando se fala em regulação. Para Oliveira e Elias (2012), podem-se destacar quatro conceitos fundamentais: "controle", "equilíbrio", "adaptação" e "direção". As duas primeiras ideias contidas nessa tipologia dizem respeito a aspectos mais operativos da regulação: ajustar, corrigir, restringir. A terceira está entre a dimensão técnica e a política. Por fim, a ideia de "direção" aponta a natureza política, bastante encontrada na literatura, no campo da regulação pública, relacionada com a capacidade de intervenção do Estado ou, em sentido *lato sensu*, do seu poder discricionário como autoridade sanitária para liderar esses processos.

Considerações finais para incrementar o debate público na operacionalidade de propostas inovadoras

No SUS, os sistemas de regulação, apesar dos avanços recentes, não estão preparados para o atendimento de mudanças repentinas nos padrões de adoecimento da população, ou seja, em caso de surtos e epidemias, a regulação ainda pode levar ao atraso no atendimento de novas demandas que surjam com a ampliação de determinada necessidade. Para tanto, faz-se necessária a criação de ferramentas que possibilitem maiores agilidade e ganho de eficiência na alocação de recursos voltados a atender as necessidades de uma população que possui um determinado perfil epidemiológico, mas que repentinamente passe a ser alterado. Por outro lado, a vigilância em saúde passa por um período de modernização, e a participação da sociedade é uma realidade.

Há diversas tecnologias colaborativas no campo da vigilância em saúde, em que a participação social apoia a tomada de decisão e até antecede a ocorrência de fatos inusitados cada vez mais observados. No

entanto, ainda não existem iniciativas que integrem as informações geradas pelos sistemas de vigilância àqueles constituídos para regulação de acesso aos serviços de saúde por parte da população. Como exemplo, temos os aplicativos Saúde na Copa e Guardiões da Saúde, duas iniciativas inovadoras lançadas pelo Ministério da Saúde apoiando a vigilância em saúde no SUS. Todavia, a utilização é feita pela sociedade de forma aberta, sem uma perspectiva institucional, não havendo reflexo direto sobre fluxos assistenciais ou mesmo sobre o planejamento de ações do serviço de saúde. Integração entre vigilância e regulação é inédita no SUS e poderia proporcionar a criação de ferramentas a serem utilizadas em escala em todo o território nacional.

A necessidade da população poderá ser acompanhada mais dinamicamente. Isso pode trazer reflexos sobre os indicadores de saúde e a eficiência do sistema, uma nova lógica de aproximação entre a sociedade e o sistema de saúde. Contudo, há algumas dificuldades a serem superadas: boa parte da população ainda não possui acesso à internet de qualidade; os profissionais de saúde são resistentes às mudanças; os órgãos de controle deverão ser preparados para as possíveis mudanças que podem acontecer tanto no número de contratações de profissionais quanto no uso de insumos, pois ambos podem ter uma sazonalidade maior que a habitual, refletindo em contratações, seleções ou concursos com características distintas das atuais, pensando na ideia de construir ecossistemas de inovação mais complexos e processos de incorporação de evidência no SUS com impacto sobre os custos e a melhoria do desempenho dos serviços.

Referências

ALBUQUERQUE, J. O. et al. A two years simulation using a real data cellular automaton: A predictive case study with the schistosomiasis expansion process along the coastline of Brazil. Sy*stema: Connecting Matter, Life, Culture and Technology*, v. 1, n. 3, p. 83-89, 2013. Disponível em: <http://upcommons.upc.edu/handle/2117/24219>. Acesso em: 10 maio 2018.

ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S.; OLIVEIRA, V. B.; SAMPAIO, L. F. R.; SIMONI, C.; TURCI, M. A. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

ALMEIDA FILHO, R. G. *Planejamentos fatoriais fracionados para análise de sensibilidade de modelos de simulação de eventos discretos*. Universidade Federal de Itajubá, 2006. Disponível em: <caixapretadasaude.org.br>. Acesso em: 10 out. 2016.

BERWICK, D. M.; NOLAN, T. W.; WHITTINGTON, J. The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, v. 27, n. 3, p. 759-769, 2008. Disponível em: <http://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>. Acesso em: 11 maio 2018.

BRASIL. Gabinete do Ministro, Ministério de Saúde. *Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015*. Brasília, 2015.

BRASIL. Gabinete do Ministro, Ministério de Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Brasília, 2010.

BRASIL. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 23 out. 2013.

BRAVEMAN, P.; EGERTER, S.; WILLIAMS, D. R. The Social Determinants of health: coming of age. *Annu. Rev. Public Health*, v. 32, n. p. 381-98, 2011. Disponível em: <http://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>. Acesso em: 5 abr. 2018.

BRUINE R. F.; CLAROTTI, G. Report of working group «networking people for a good governance in Europe». *White Paper on Governance*, 2001.

CARNEIRO J, N.; ELIAS, P. E. A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 201-226, mar. 2003.

DONIEC, K.; ALBA, R. D.; KING, L. Correspondence Brazil's health catastrophe in the CDC autism rate. *The Lancet*, v. 392, n. 10149, p. 731-732, 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30853-5>. Acesso em: 10 abr. 2018.

DRACHLER, M. D. L. et al. Desenvolvimento e validação de um índice de vulnerabilidade social aplicado a políticas públicas do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 9, p. 3849-3858, 2014. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-81232014199.12012013>. Acesso em: 20 maio 2018.

ELLIOTT, H.; POPAY, J. How are policy makers using evidence? Models of research utilization and local NHS policy making. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 54, n. 6, p. 461-8, 2000. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1731692&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Acesso em: 20 nov. 2018.

FLEURY, S. Reforma del Estado. *Instituciones y Desarrollo*, Barcelona, v. 14, n. 15, p. 1-28, set. 2002.

GIRARDI, S. N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>. Acesso em: 17 jul. 2018.

GONÇALVES, I. M. et al. Avanços e Resultados da Regulação do Acesso aos Serviços de Saúde no SUS de Minas Gerais. III CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 25. 2010.

HART, J. T. The inverse care law. *Lancet*, v. 1, n. 7696: p. 405-12, 1971.

IBANHES, L. C. et al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 575-584, 2007.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. *Desempenho Hospitalar no Brasil*: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.

LAMARCA, G.; VETTORE, M. *Lei da prevenção inversa*: é possível que as intervenções em saúde pública aumentem as desigualdades? 2013.

Disponível em: <http://dssbr.org/site/opinioes/lei-de-prevencao-inversa-e-possivel-que-as-intervencoes-em-saude-publica-aumentem-as-desigualdades-sociais/>. Acesso em: 8 set. 2019.

LEAL-NETO, O. B. et al. Digital disease detection and participatory surveillance: overview and perspectives for Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, p. 1-5, 2016. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S15188787.2016050006201>. Acesso em: 20 maio 2018.

LORA, E. Health perceptions in Latin America. *Health Policy and Planning*, v. 27, n. 7, p. 555-69, 2012. Disponível em: <http://doi.org/10.1093/heapol/czr078>. Acesso em: 2 fev. 2017.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *International Journal for Equity in Health*, v. 11, n. 1, p. 1-8, 2012. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/1475-927611-33>. Acesso em: 20 maio 2018.

MACINKO, J.; OLIVEIRA, V. B.; TURCI, M. A.; GUANAIS, F. C.; BONOLO, P. F.; LIMA-COSTA, M. F. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health*, v. 101, n. 10, p. 1963-70, 2011.

MENDES, Á.; LEITE, M. G.; MARQUES, R. M. Discutindo uma Metodologia para a Alocação Equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Soc*., São Paulo, v. 20, n. 3, p. 673-690, 2011.

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Cap. III: Os Modelos de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.portalconass.org.br/publicacoes/livro_redes_mendes.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2019.

OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, Â. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 929-936, 2009. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300029>. Acesso em: 20 out. 2018.

OLIVEIRA, R.; ELIAS, P. Os conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 46, n. 3, p. 571–576, 2012 Disponível em: <http://doi. org/10.1590/S0034-89102012000300020>. Acesso em: 10 maio 2018.

PAIVA, A. B. et al. Saúde. In: POLÍTICAS sociais: acompanhamento e análise. 23. ed. p. 118-179. Brasília: IPEA, 2015.

PANZER, R. J. et al. Increasing demands for quality measurement. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, v. 310, n. 18, p. 197180, 2013. Disponível em: <http://doi.org/10.1001/jama.2013.282047>. Acesso em: 20 maio 2018.

PORTO, S. M. Comentário: Avanços e problemas no financiamento da saúde pública no 2015 (1967-2006). *Rev. Saúde Pública*, v. 40, n. 4, p. 576-578, 2006. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0034891020060005 00003>. Acesso em: 22 maio 2018.

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

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; MENDONÇA, G. A. S. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, London, p. 61-73, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9>. Acesso em: 21 mar. 2016.

SOUSA, F. O. S.; MEDEIROS, K. J.; GURGEL JÚNIOR, G. D.; ALBUQUERQUE, P. C. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 1283-1293, 2014.

VIACAVA, F.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S.; LAGUARDIA, J.; MOREIRA, R. D. S. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de

análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012. Disponível em: <http:// doi.org/10.1590/S1413-81232012000400014>. Acesso em: 2 jan. 2018.

10

A segunda geração de reformas no SUS

Uma análise das prioridades da agenda intergovernamental no Brasil

Simone Cristina da Costa Ferreira
Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Introdução

A história recente da conformação da agenda intergovernamental para a saúde tem apontado como interesses privados envolvem cada vez mais as decisões do setor público. Nesse contexto, desde 1995, com a aprovação, pela presidência da república, do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, foram legalizadas as bases em que estavam sendo pautadas reformas de natureza estrutural que atingem todo o setor público. Esse plano institui os fundamentos da reforma dos serviços públicos operada pelas autoridades sanitárias do País, e suas diretrizes definem um novo contexto institucional para implementação de mudanças substanciais na estrutura de serviços de saúde nos estados e municípios brasileiros. Esse processo é reconhecido como parte da segunda geração de reformas institucionais que atingem o aparelho de Estado e suas formas de intervenção, com ênfase para seu caráter regulador em vez de executor da prestação de serviços de saúde.

Os trabalhos apresentados nessa coletânea trazem algumas pontuações fruto da análise de múltiplos aspectos referentes a essa agenda política intergovernamental no SUS e seus desdobramentos sobre a rede de serviços públicos de saúde, apresentando elementos sobre os contextos político, econômico e institucional que ocorrem no longo período da implementação dessas reformas. Esses estudos se concentram nessas mudanças institucionais no SUS com os fatores intervenientes desse processo estrutural e seus desdobramentos nos serviços públicos de saúde.

Esta análise da agenda intergovernamental no período buscou localizar as prioridades das autoridades sanitárias quando essas reformas guiadas pelo mercado se intensificaram no SUS, considerando-se que novos governos podem produzir uma conjuntura política favorável

para que um problema entre na agenda, incluindo a atuação de novos atores sociais. “A combinação de uma vontade nacional com eleições é uma formadora de agendas mais poderosa do que aquela criada por grupos de interesse isoladamente [...]” (KINGDON, 2006, p. 229), grupos esses que operam de forma articulada no SUS tais reformas guiadas por princípios de mercado.

A permeabilidade da política de saúde ao mercado e a relação com o setor privado são constantes no desenvolvimento institucional do SUS. Deste modo, desde a sua constituição, o SUS convive com a permanente tensão entre os objetivos do Movimento de Reforma Sanitária e a pressão do mercado, havendo um alargamento dessa tensão com a “contrarreforma do Estado”, de natureza liberal, iniciada na década de 1990. As diferentes orientações sobre a política, expressão dos interesses de grupos, influenciaram a agenda do governante e a forma de enfrentamento dos problemas, desde então com nuances de sofisticação dialeticamente apresentados em duas gerações de reformas setoriais com profundo impacto sobre o SUS, sua estrutura de serviços de saúde e a dinâmica de relações interinstitucionais.

O processo de análise de políticas é um desafio posto que nem sempre é possível precisar de onde surge uma ideia que se transformará num tema de agenda. Classicamente, o processo da política comporta quatro etapas: o estabelecimento da agenda; a especificação de alternativas, a partir das escolhas feitas; a escolha de uma das alternativas, a partir da decisão do legislativo ou do presidente; a implementação da decisão.

O estabelecimento de uma agenda é uma etapa essencial no processo de elaboração de políticas públicas; é nela que será determinado se uma situação será considerada, ou não, um problema pelos governos. Em termos de política pública, problema e situação são duas coisas distintas; uma situação se torna um problema quando se aponta a necessidade de fazer algo para mudá-la.

A agenda aqui é entendida como em Kingdon (1995, p. 222): “[...] a lista de temas ou problemas que são alvo em um dado momento de séria atenção, tanto da parte das autoridades governamentais, como

de agentes fora do governo, mas estreitamente associadas às autoridades." As etapas da constituição da política são conectadas, definindo, assim, o ciclo da política. Porém, o fato de se incluir um item na agenda não representa automaticamente que outras etapas da política acontecerão ou que se chegará à sua implementação. Nesse caso, um conjunto de vetores de força contextual provoca convergências estruturais e político-institucionais que operam o processo de reforma setorial em curso no País.

Assim como o conjunto de problemas que entra na agenda governamental, também é elaborado um conjunto de alternativas para serem consideradas. A seleção dessas propostas obedece a um conjunto de critérios relacionados a interesses seletivos que operam dentro dos sistemas públicos de saúde. Tal seleção depende de sua viabilidade técnica, de sua afinidade com os valores dos grupos de especialistas e do público em geral, e da antecipação de possíveis constrangimentos que podem estar ligados a capacidade financeira e aceitabilidade política. As propostas que fogem a esses requisitos têm menor chance de serem selecionadas.

Não necessariamente a proposta de uma política vem associada a um problema. A agenda do governante ocorre pela interação dos três fatores combinados; quando estes convergem, tem-se o que se chama de uma "janela de política". A janela acontece quando defensores de propostas encontram um contexto político favorável, combinando a utilização de sua proposta a um problema importante. O mesmo ocorre com os empresários políticos (*policy entrepreneurs*), pessoas que, para concretizar seus interesses, investem recursos numa dada proposta. Reiterando esta ideia, observa-se que tais empreendedores políticos atuam em todos os momentos da política, e possuem poder para alterar o resultado em cada etapa. Esses atores institucionais e agentes econômicos são encontrados dentro e fora das estruturas de governo, e sua motivação está vinculada a uma série de fatores: a preocupação com o problema, a obtenção de benefícios pessoais, ganhos financeiros, difusão de determinadas ideologias, ou, ainda, mero reconhecimento público.

A análise da agenda de uma política setorial não pode se dar de maneira isolada de outros processos decisórios. É necessário considerá-la a partir de um determinado recorte temporal e vinculada a outros elementos que a delimitam e condicionam. As mudanças oriundas das propostas do processo de reforma setorial proporcionaram uma profunda mudança na estrutura institucional e dinâmica de relações intergovernamentais do SUS desde sua criação e, sobretudo nessa etapa, vinculada à segunda geração de reformas institucionais relacionadas ao aumento dos gastos públicos em saúde no âmbito do setor privado. Desde então, têm-se acumulado experiência e novos conhecimentos com os processos de descentralização, regionalização, os mecanismos de gestão intergovernamental e novas formas de governança pública no SUS; enfim, uma série de ações políticas que visam superar os desafios para seu efetivo funcionamento. Concomitantemente a esse processo, ocorreram iniciativas de ataque e desmonte do sistema público de saúde, que vão desde o projeto para acabar com a universalidade até o fortalecimento e a ampliação do mercado privado da saúde suplementar. A compreensão sobre a construção e pactuação de uma agenda política é de suma importância para a análise crítica das soluções que são propostas para a sociedade no setor saúde.

Destaques dados pelas autoridades sanitárias no período da reforma setorial

As propostas constantes nos documentos intergovernamentais aqui analisados apontam para a necessidade de melhoria em processos e projetos já vigentes no SUS; reformas e investimentos nas unidades de saúde; e medidas de incremento através da contratação de leitos e ampliação de serviços. Do conjunto das propostas, destacam-se, pelo seu caráter reformador, o novo modelo de gestão, os contratos de gestão pública e a remuneração por desempenho, fundamentados em mecanismos de aferição de produtividade e indicadores como tempo médio de permanência, taxa de ocupação hospitalar, nos moldes de avaliação utilizados pelos serviços privados.

Considera-se a utilização de indicadores gerenciais como algo relevante para a gestão pública no setor saúde, mas a redução ou o aumento desses indicadores, isolados de uma análise mais ampla, não informam sobre a melhoria da qualidade dos serviços. Ao incluir no plano dos governos esses elementos, as autoridades sanitárias não se comprometem com os modelos usuais já experimentados para os serviços de saúde, mas sinalizam a tendência para adoção de novos modelos de gestão, tendo como referência a forma de gestão dos serviços privados, o que permite interpretarmos que esses "*novos modelos de gestão*", como usualmente tratados, se constituem num conjunto amplo de mudanças guiadas por princípios e diretrizes de mercado.

O planejamento estratégico das autoridades sanitárias do SUS aponta como definição de prioridades intergovernamentais (i) expansão e qualificação da atenção básica; (ii) implantação das unidades de pronto atendimento 24 horas; (iii) implementação das centrais subnacionais de regulação em saúde; (iv) implantação de novas formas e modelos de gestão. Essa agenda abre uma nova etapa na implementação do SUS em todo o País, com expansão do gasto público, sobretudo na assistência à saúde e vinculada à ação de agentes econômicos privados.

Pode-se dizer que, formalmente, os processos de pactuação intergovernamental apresentam os compromissos políticos de Estado dessa reforma. Diferentemente do plano de governo, que define grandes linhas de atuação para quatro anos, o plano estratégico da ação do Estado tem como ponto de partida um processo contínuo de debate nas estruturas de governança do SUS, na estrutura intergovernamental de gestão pública, do próprio Parlamento Brasileiro e todo o aparato de controle do Estado-Nação. Neste sentido, o projeto de reforma setorial é alicerçado em patamares e objetivos orçamentários, políticos e institucionais. Além disso, é possível afirmar que o plano diretor da reforma do Estado serviu de referência para as reformas institucionais do SUS, o que pode ser comprovado pela realidade encontrada na atualidade, cujo panorama de execução global das ações na saúde está referenciado nas prioridades e metas definidas nesse plano estratégico de reforma do Estado.

Considerações finais acerca da agenda intergovernamental do SUS

Ao identificar as prioridades da agenda política, é preciso reconhecer que esta é inseparável do arcabouço institucional do SUS e, desse modo, identificamos três estratégias prioritárias, que são desdobradas em projetos e ações, o que, no entanto, não implica sua efetiva realização, mas, antes, sugere onde a ação política se desenvolve.

Podemos dizer que, nesse período, a prioridade do processo de governança esteve voltada para a institucionalização de uma agenda no SUS que é formalizada e induzida pelo Ministério da Saúde e áreas econômicas do Governo Federal, e é transversal a todas as instâncias de governo. Neste sentido, a primeira prioridade que se destacou das demais foi, portanto, a organização do Sistema Único de Saúde estadual, ou seja, efetivar a base de regulação pública do sistema de saúde. Essa agenda ocupou sobremaneira os processos desenvolvidos no âmbito das autoridades estaduais de saúde e sua relação com os municípios. Vale destacar que a incorporação à agenda estadual de políticas induzidas pelo governo federal foi favorecida pelo contexto político, que refletia nos estados as alianças políticas estabelecidas em âmbito nacional.

A segunda prioridade identificada esteve vinculada ao modelo de gestão dos serviços de saúde, que representa uma forma de fugir do modelo estatal de gestão previsto no arcabouço legal da saúde, tendo como referência a Constituição de 1988, alterada pelas emendas constitucionais; uma fuga operacionalizada através de contratos com organizações sociais privadas ou fundações estatais de direito privado como exemplos mais encontrados no País. Essa política, elaborada desde meados da década de 1990 e efetivamente posta em prática nos anos 2000 no SUS, permanece ainda hoje no centro do debate ideológico e foi apresentada como resposta aos problemas relativos à gestão das unidades de saúde, especialmente como forma de agilizar processos de compras e de contratação de pessoal, também para elevar o desempenho dessas unidades. Implícitas a esta agenda, estão a prioridade dada ao mercado e a relação entre o público e o privado, reforçando o discurso ideológico da maior eficiência da esfera privada de prestação e gestão de serviços de saúde. Esse processo envolveu

a reestruturação física do parque tecnológico da rede de serviços de saúde, e gerou um aumento dos gastos em saúde, porém através da transferência de recursos públicos para entes privados.

A terceira prioridade está vinculada à Política Nacional de Atenção às Urgências, que abarca um conjunto de distintos e interligados projetos dentro dessa política: SAMU, UPAs e a regulação do acesso na rede de serviços. O acesso aos serviços de saúde é um dos maiores problemas vivenciados pela população, que busca nas portas de urgência respostas às suas necessidades de saúde. Deste modo, esses serviços são os que concentram as críticas da população e ocupam os noticiários locais e nacionais. O projeto de criação de unidades de saúde com atendimento 24 horas, apresentado como solução para ampliar o acesso, reduzir as filas e a pressão nas portas de urgência e emergência hospitalares, teve destaque político pois tinha forte apelo junto à população e apresentava respostas, ainda que insuficientes, à manifesta insatisfação da população com o sistema de saúde. A motivação eleitoral, ainda que não exclusiva, também pode ser atribuída a essa agenda. Na perspectiva da organização de redes assistenciais, as três propostas precisam atuar de forma articulada: entre elas, também com a Atenção Básica e com as novas unidades hospitalares. Assim sendo, a estruturação da rede de urgência e emergência só teria como consequências a melhoria e a ampliação do acesso à medida que a integração da rede fosse algo efetivo, com fluxos, protocolos e mecanismos de referência e contrarreferência pactuados.

Outro aspecto que merece atenção é que a ampliação e a reestruturação da rede de serviços são feitas associadas à transferência da gestão dessas unidades, com destaque para as organizações sociais, situação que também se apresenta como um obstáculo à integração da rede à medida que cada unidade é um negócio e cada uma tem sua contabilidade de resultados e metas contratuais aferidas isoladamente. Verifica-se, de modo complementar, nos contratos de gestão, que, dentre os indicadores de qualidade contratados, nenhum serve como indicativo de integração da rede. Apesar de algumas unidades estarem sob a gestão da mesma entidade, isso não implica maior nível

de integração. Elas poderiam até formar redes orientadas para oferta de serviços organizados a partir do contrato de gestão, mas ainda distantes das necessidades da população pela fragilidade dos processos regulatórios no tocante à coordenação e regulação da rede de serviços públicos integrados de forma muito incipiente.

O interesse do setor privado pela maior apropriação do fundo público transversaliza a agenda política do Estado, e ganhou relevância na adoção de modelos alternativos de gestão pelas autoridades sanitárias no País. Particularmente neste caso, a prioridade dada ao modelo de gestão para expansão da cobertura de serviços pela transferência de sua administração para o setor privado tem consequências previsíveis e relevantes no tocante às falhas de mercado na saúde, incorporados desde a sua concepção. Essas falhas de mercado se exacerbam, então, nessa complexa situação do SUS, diante de uma nova crise estrutural de proporção global que afeta todos os sistemas de saúde no mundo contemporâneo. Observa-se que a opção referente à integração e coordenação dos serviços públicos de saúde em escala regional não se materializa na articulação da rede de serviços, mediante a prioridade dada apenas à expansão e contratação de novos equipamentos de saúde para ampliar oferta e cobertura populacional de maneira fragmentada, sem mudança substantiva no modelo de atenção. Isso tem impacto sobre a natureza do acesso na perspectiva de contínuo integrado de serviços públicos e no direito pleno e integral à saúde, que não se constitui como prioridade na operacionalização do processo de reforma estrutural analisado, uma vez que concentrou ativamente suas ações no estabelecimento de novos contratos de gestão e metas com repasses de recursos que implicam, em última instância, uma forma de terceirização da gestão pública e tentativa de desresponsabilização do Estado na prestação de serviços de saúde.

No período analisado, identificamos como consequências dessa agenda política a evolução dos gastos em saúde, um crescimento expressivo nos projetos que viabilizavam a recomposição da rede de serviços, com a transferência da gestão de unidades e de setores hospitalares para organizações sociais e entidades paraestatais sem,

no entanto, uma reestruturação efetiva no sentido de mudar substancialmente o modelo de atenção centrado em hospitais e unidades de pronto atendimento. Nesse sentido, seguem os processos de reforma setorial, com novos e instigantes recortes de propostas, diante do quadro de austeridade fiscal, que necessita do apoio da ciência para sua compreensão e possível solução. Tal solução só é possível, no plano político institucional, na esfera democrática, como bem apontado pelo espírito que embalava o ideário do Movimento de Reforma Sanitária no Brasil.

Título Inovações da Gestão Pública no SUS: uma abordagem das iniciativas no processo de reforma institucional

Organizadores Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Hélder Freire Pacheco
Sydia Rosana de Araujo Oliveira
Francisco de Assis da Silva Santos

Revisão ortográfico-gramatical Araceli Pimentel Godinho

Capa e projeto gráfico Adele Pereira
Tipografia Noto Serif e Vista Sans

ISBN 978-65-5962-009-8