

1

Gestão de Redes de Atenção à Saúde

Rosana Kuschnir
Márcia Cristina Rodrigues Fausto
organizadores

1 Gestão de Redes de Atenção à Saúde

Ministério da Saúde

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE – SGTES

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

PRESIDENTE

Paulo Ernani Gadelha

DIRETOR DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – ENSP

Hermano Albuquerque de Castro

COORDENADORA DA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA – EAD/ENSP

Lúcia Maria Dupret

Curso de Especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde

COORDENADORAS

Rosana Kuschnir

Márcia Cristina Rodrigues Fausto

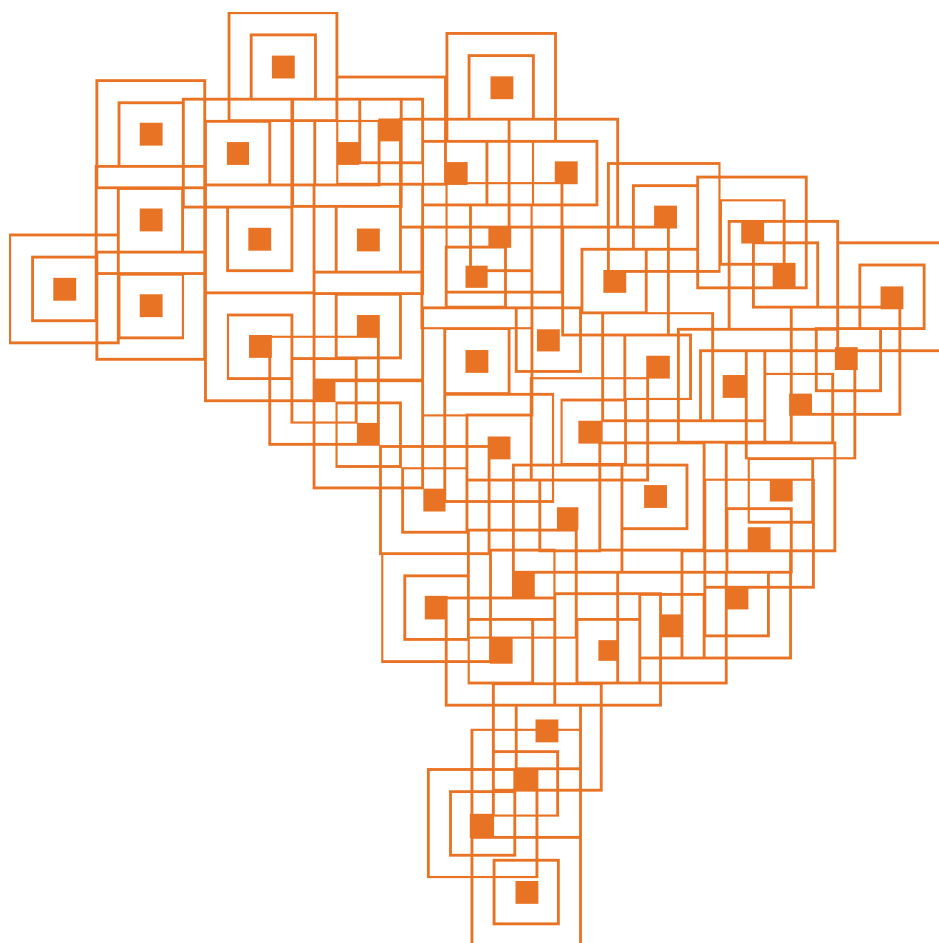
ASSESSORAS PEDAGÓGICAS

Henriette dos Santos

Mônica de Rezende

1 Gestão de Redes de Atenção à Saúde

Rosana Kuschnir
Márcia Cristina Rodrigues Fausto
organizadores



Copyright © 2014 dos autores
Todos os direitos de edição reservados à Fundação Oswaldo Cruz/Editora e EAD

SUPERVISÃO EDITORIAL

Maria Leonor de M. S. Leal

REVISÃO METODOLÓGICA

Henriette dos Santos
Mônica de Rezende

REVISÃO

Elisa Sankuevitz

PROJETO GRÁFICO

Jonathas Scott
Ampersand Comunicação Gráfica

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E TRATAMENTO DE IMAGEM

Ampersand Comunicação Gráfica

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz
Biblioteca de Saúde Pública

K97g

Kuschnir, Rosana (Org.)

Gestão de Redes de Atenção à Saúde - 1. / organizado por Rosana Kuschnir e Márcia Cristina Rodrigues Fausto. – Rio de Janeiro: EAD/ ENSP, 2014.

280 p. : il. ; tab. ; mapas

ISBN: 978-85-61445-95-9

1. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. 2. Política de Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Atenção à Saúde. 5. Integralidade em Saúde. 6. Vigilância em Saúde Pública. 7. Processo Saúde-Doença. 8. Sistemas de Saúde. 9. Gestão em Saúde. 10. Educação a Distância. I. Fausto, Márcia Cristina Rodrigues (Org.). II. Título.

CDD – 362.1068

2014

Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Prédio Professor Joaquim Alberto Cardoso de Melo
Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

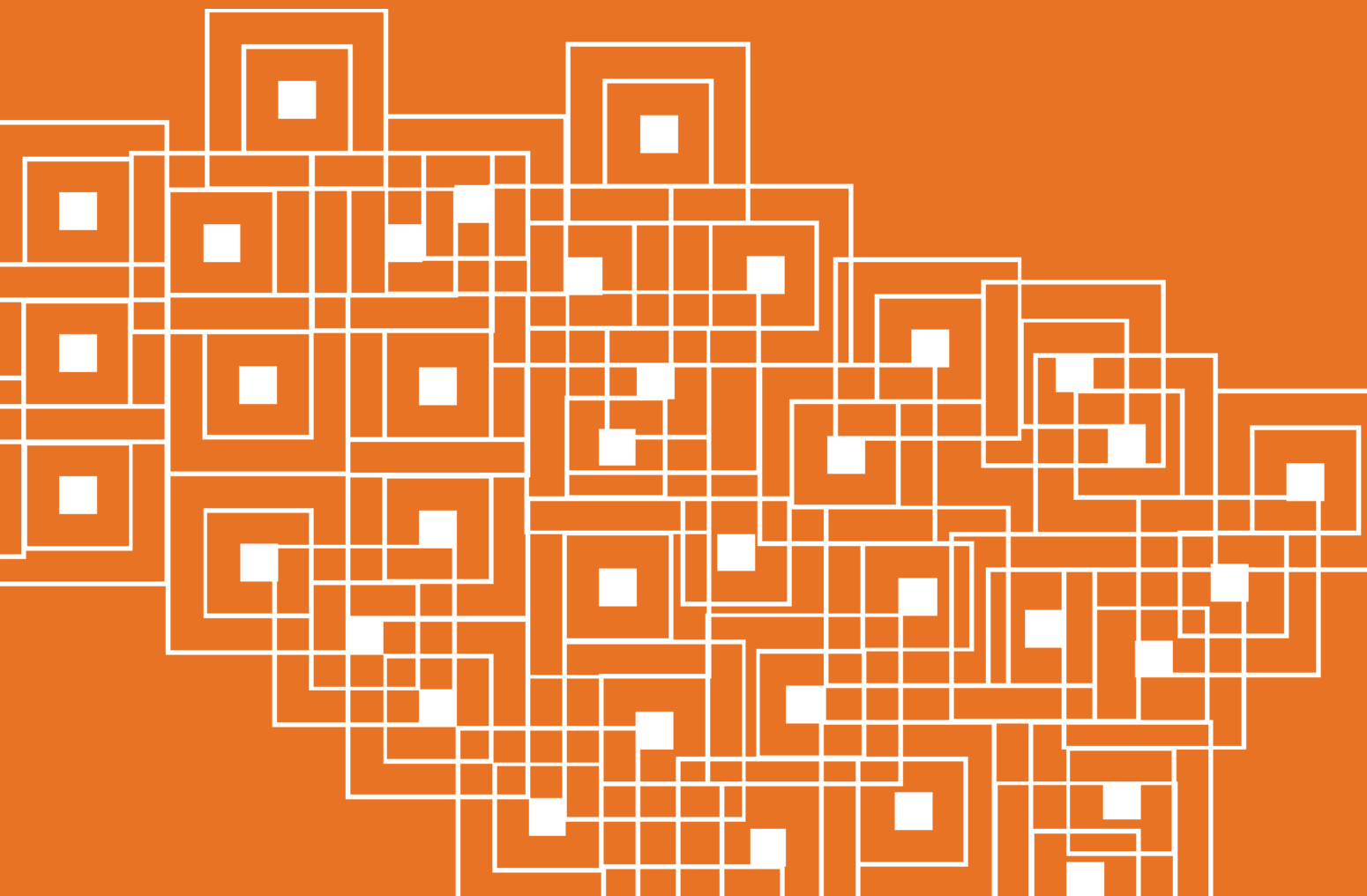
CEP: 21041-210

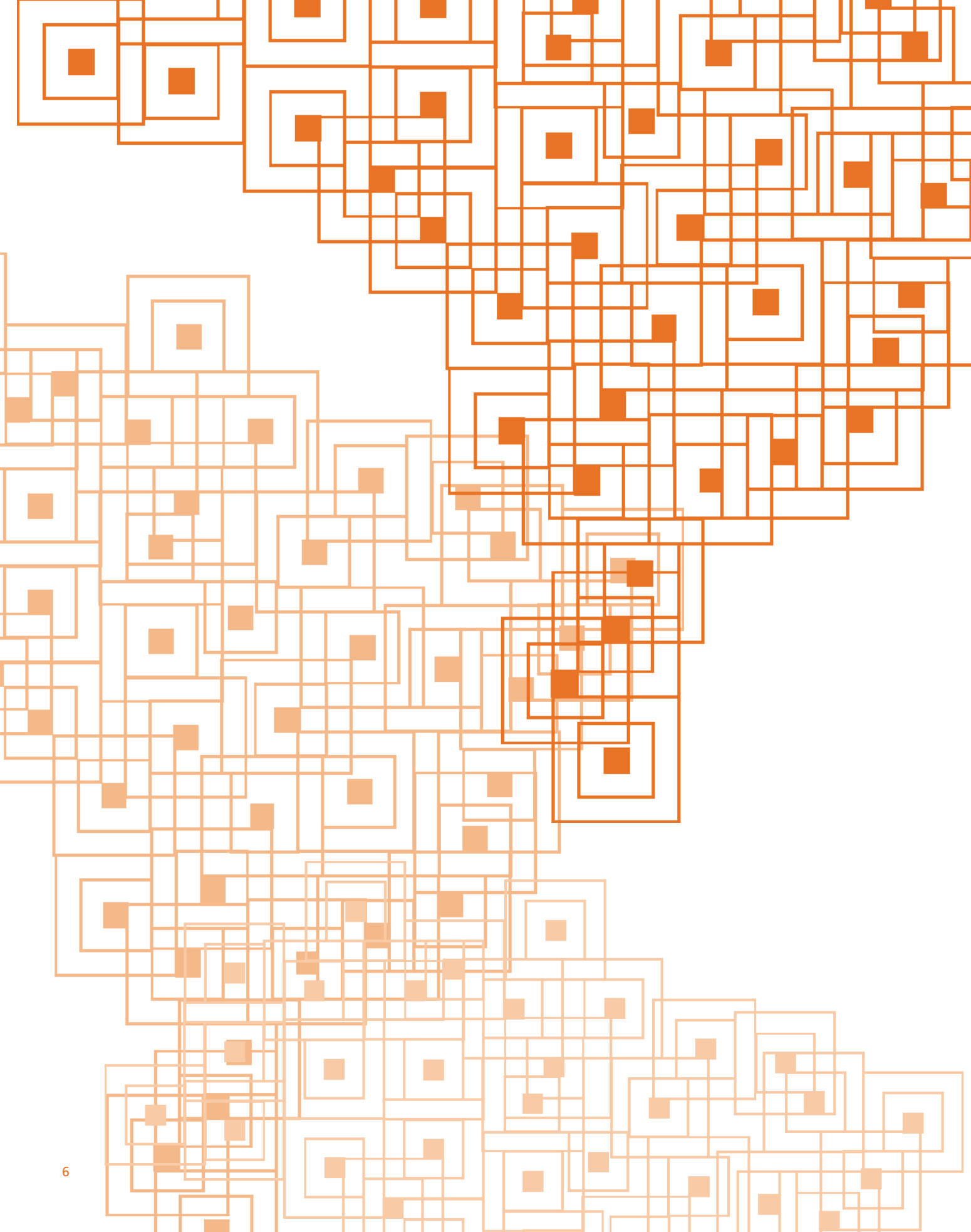
Tel.: 0800 - 0225530

www.ead.fiocruz.br

Para todo problema complexo, existe uma solução simples, clara – e errada.

H.L. Mencken (1880-1956)







Autores

Cristiani Vieira Machado

Médica sanitária; doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Elizabeth Vianna Delamarque

Historiadora, Museóloga; mestre em Ciências pela Casa de Oswaldo Cruz (Coc/Fiocruz). Membro do Centro Colaborador em Vigilância Sanitária, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Cecovisa/Ensp/Fiocruz).

Helia Kawa

Médica (UFF), mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, doutora em Ciências da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz. Professora adjunta da Universidade Federal Fluminense. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: vigilância em saúde; especialização dos processos endêmico-epidêmicos; epidemiologia; sistemas de informação em saúde e monitoramento epidemiológico de problemas de saúde.

José de Carvalho Noronha

Médico (UFRJ, 1970), mestrado em Medicina Social (UERJ, 1978) e doutor em Saúde Coletiva (UERJ, 2001). Atualmente é médico da Fundação Oswaldo Cruz, onde coordena a iniciativa de Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: avaliação de serviços de saúde; políticas e administração em saúde; políticas de saúde; qualidade de serviços de saúde e atenção à saúde.

Lenice G. da Costa Reis

Médica sanitária; mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. Atua na área de saúde coletiva, principalmente em vigilância sanitária e avaliação em saúde. Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Ensp/Fiocruz.

Luciana Dias de Lima

Médica sanitária; doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Marcia Cristina Rodrigues Fausto

Graduação em Serviço Social (UFF, 1988); mestre em Saúde Coletiva (UERJ, 1997); Doutorado em Saúde Coletiva (UERJ, 2005). Professora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas de saúde; sistemas de saúde e atenção primária em saúde.

Marismary Horsth De Seta

Enfermeira; doutora em saúde coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Atua na área de saúde coletiva, principalmente em gestão de serviços e sistemas de saúde; vigilância sanitária; federalismo. Professora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Ensp/Fiocruz. Curadora da mostra Vigilância Sanitária e Cidadania.

Paulo Sabroza

Médico (UFF, 1970); especialização em Curso de Especialização em Saúde Pública pelo Fundação Oswaldo Cruz (1971); especialização em Curso Avançado de Epidemiologia pela Fundação Oswaldo Cruz (1976); mestre em Saúde Pública pelo Fundação Oswaldo Cruz (1983). Pesquisador titular da Fundação Oswaldo Cruz. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia. Atuando principalmente nos seguintes temas: saúde pública, leishmaniose, epidemiologia, vetores e análise espacial.

Rosana Kuschmir

Médica (UFRJ); Sanitarista e Especialista em Planejamento em Saúde (ENSP/Fiocruz); mestre em Gestão de Serviços de Saúde (Birmingham University/ UK); doutora em Saúde Coletiva (IMS/Uerj). Professora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. Atua em ensino, pesquisa e assessoria técnica/cooperação, em especial nos temas de planejamento, programação, organização e gestão de sistemas e serviços de saúde e de redes assistenciais.

Tatiana Wargas de Faria Baptista

Psicóloga; doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Professora e pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Colaboradores

Adolfo Horácio Chorny

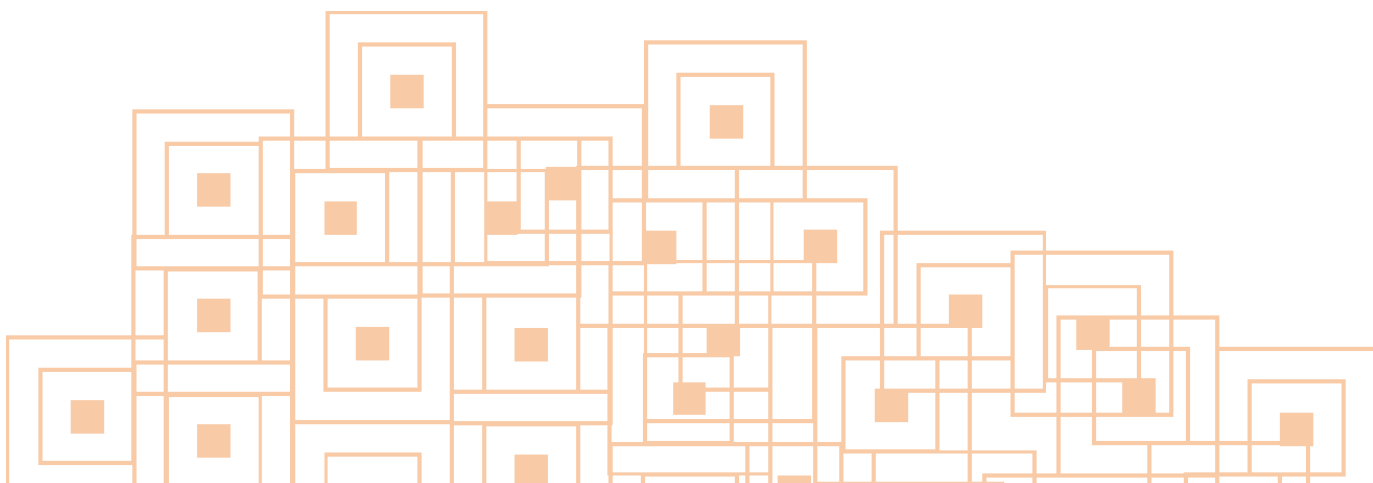
Professor titular de Planejamento em Saúde da Ensp/Fiocruz; consultor do Programa de Serviços de Saúde na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Washington-DC, entre outros diversos trabalhos de docência e assessoria técnica nacionais e internacionais; atua em projetos de assessoria técnica nas áreas de planejamento, formulação e avaliação de políticas e organização e gestão de sistemas e serviços de saúde e rede assistencial.

Anilka Medeiros de Lira

Enfermeira, mestre em Saúde Pública (Ensp/ Fiocruz). Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Ensp/ Fiocruz). Atua na área de Administração em Saúde e de Saúde Coletiva, com ênfase em Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

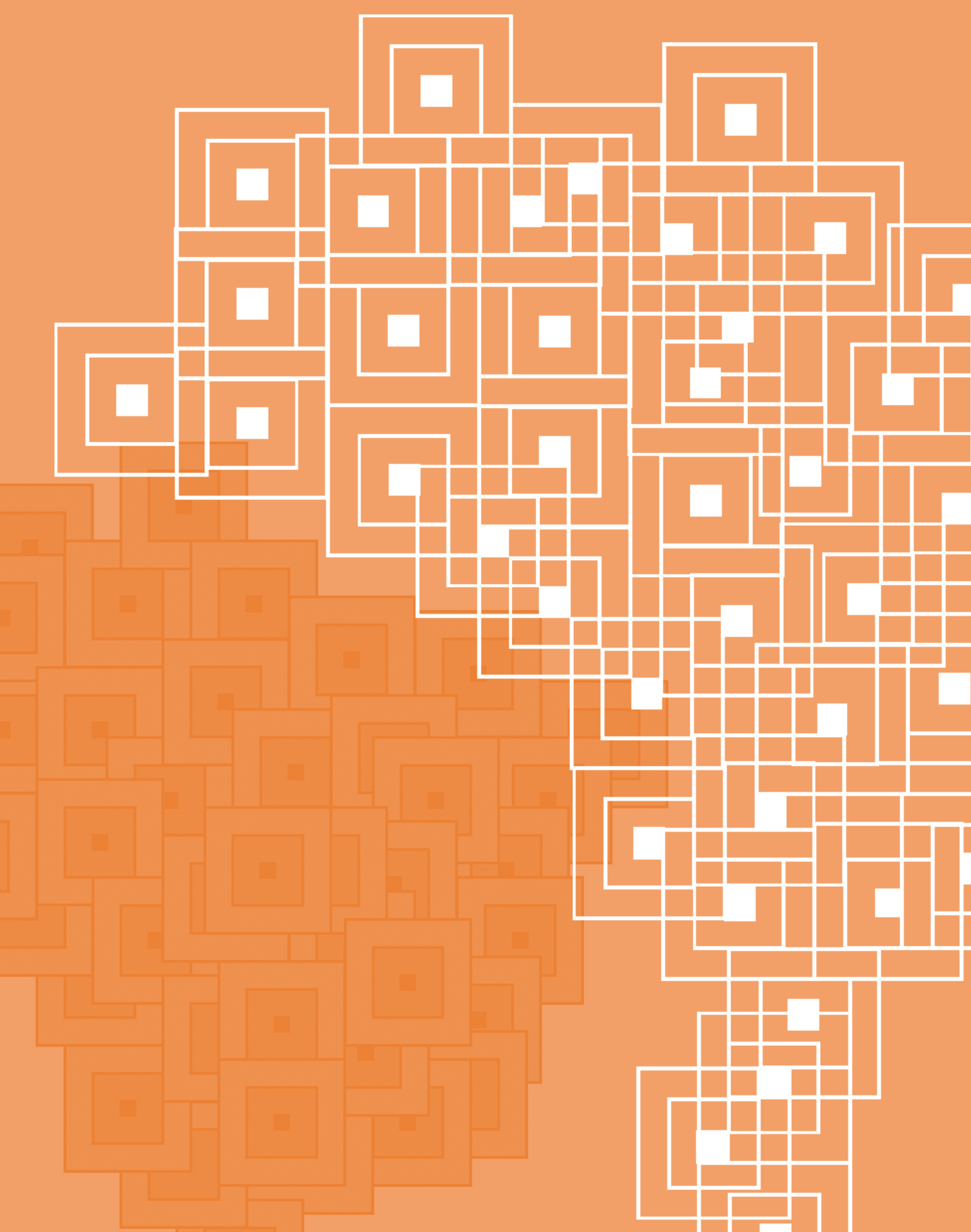
Ivani Bursztyn

Médica (UFRJ 1978); mestre em Gestão em Saúde (Universidade de Heidelberg, 1991); doutora em Medicina (Universidade de Heidelberg, 1997); doutora em Saúde Coletiva (ENSP/ Fiocruz, 2004). Professora adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos temas: investigação em Sistemas e Serviços de Saúde, humanização do cuidado, saúde do adolescente e representações sociais.



Sumário

	Prefácio	11
	Apresentação	13
I	A política de saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde (SUS)	
	1. As políticas de saúde no Brasil: da cidadania regulada ao direito universal e integral à saúde.	19
	<i>Tatiana Vargas de Faria Baptista</i>	
	2. O Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e lógica organizativa; avanços, dificuldades e desafios.	59
	<i>Luciana Dias de Lima, Cristiani Vieira Machado e José Carvalho de Noronha</i>	
II	Redes de atenção à saúde: histórico e conceitos fundamentais	
	3. Sistemas de saúde e sistemas de proteção social: a gênese dos sistemas de saúde.	93
	<i>Rosana Kuschnir e Márcia Fausto</i>	
	4. As redes de atenção à saúde: histórico, conceitos e atributos.	111
	<i>Rosana Kuschnir</i>	
	5. Organizando redes de atenção à saúde: perfis assistenciais, articulação entre níveis e organização de linhas de cuidado.	129
	<i>Rosana Kuschnir</i>	
III	Conceitos de saúde e doença e perfis epidemiológicos no Brasil	
	6. O processo saúde-doença-cuidado.	171
	<i>Paulo Sabroza e Helia Kawa</i>	
	7. Perfis epidemiológicos no Brasil.	193
	<i>Paulo Sabroza e Helia Kawa</i>	
IV	O SUS e as vigilâncias do campo da saúde: construção e estruturação	
	8. Vigilâncias do campo da saúde: caracterização e processo de trabalho.	205
	<i>Marismary Horsth De Seta, Elizabete Vianna Delamarque e Lenice G. Da Costa Reis</i>	
	9. Estruturação das vigilâncias do campo da saúde no nível nacional.	241
	<i>Marismary Horsth De Seta, Elizabete Vianna Delamarque e Lenice G. Da Costa Reis</i>	
	Siglas	275



Prefácio

É com grande alegria que aceitei o convite para fazer o prefácio da publicação *Gestão de Redes de Atenção à Saúde*, que se propõe a recolocar o foco no planejamento e a produção de saúde no centro dos esforços da gestão.

No Brasil, o exercício do planejamento tem história, mas foi se descharacterizando pelo entendimento de que a realidade é contingente e portanto, seria inútil tentar adiantar-se a ela ou esforçar-se para organizá-la. Em particular no campo da saúde, o planejamento que foi motor de inovação em meados dos anos 70 e 80, perdeu a importância ao transformar-se em instrumento normativo, espécie de regra imutável a ser seguida, em exercício burocrático limitado ao preenchimento de formulários e planilhas, em contrapartida ao repasse de recursos. E assim, foi-se esvaziando de seu caráter de instrumento de mudança.

Atualmente, nota-se um revigoramento da percepção do planejamento como instrumento indispensável para a gestão de sistemas e serviços.

Esta nova abordagem requer readequar o pensamento para encarar os desafios colocados por uma realidade em mudança, conflitiva, complexa, que impõe inúmeros desafios para se adequar às necessidades do povo brasileiro.

Uma abordagem desse tipo começa por reconhecer a insuficiência dos instrumentos normativos pré-concebidos e obriga a tentar propor não apenas instrumentos, mas modos de transitar pelo processo de planejamento em saúde. Neste modo de transitar, é fundamental a participação reflexiva e comprometida do planejador. Não se trata mais de fornecer elementos prontos, mas de mostrar os caminhos que poderiam ser trilhados, de modo a despertar a inquietação dos que participam deste movimento ou a ele se integram.

Por isso, este Curso mostrará experiência acumulada e modos de olhar e identificar problemas, mas não fornecerá receitas. O que se quer é que, juntos, enriqueçamos os nossos instrumentos de apreciação da realidade para que cada um possa enfrentar os desafios colocados por sua prática, sabendo que o plano não é um frio conjunto de metas, mas uma sugestão que deverá ser permanentemente readequada a partir dos insumos que a realidade forneça.

Assim sendo, nos espera uma longa caminhada em busca de um destino que inclui o bem estar do povo brasileiro e dentro dele, nosso bem estar. Nós somos povo e só na medida em que reconheçamos este pertencimento, poderemos trabalhar e reagir diante do sofrimento e das necessidades nossas e de nossos concidadãos.

Adolfo Horácio Chorny

Professor Titular de Planejamento

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/

Fundação Oswaldo Cruz

Apresentação

A organização de redes de atenção à saúde é estratégica no enfrentamento do maior desafio colocado ao sistema de saúde brasileiro: a efetiva garantia do direito à atenção integral, resolutiva e de qualidade a todos os cidadãos, de acordo com suas necessidades.

Na última década, a regionalização e as redes voltaram ao centro da política de organização de serviços e de consolidação do SUS. A Portaria 4.279 do Ministério da Saúde, de dezembro de 2010, propôs diretrizes e estratégias para a implementação das redes, entre as quais o fortalecimento da atenção primária, do papel das instâncias regionais na governança das redes, da integração das ações de âmbito coletivo com as de âmbito individual e da implementação do processo de planejamento.

Já o Decreto 7.508/11 que em 2011 regulamentou a Lei 8.080/90, definiu conceitualmente a região de saúde e instituiu as comissões intergestores como as instâncias de pactuação entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS, a partir da organização de redes de atenção, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Além da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e das Comissões Intergestores Bipartites (CIB), já então em pleno funcionamento, instituiu as Comissões Intergestores Regionais (CIR), institucionalizando um espaço de pactuação, planejamento e gestão regional. Criou ainda o Contrato de Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), instrumento para a pactuação entre entes federativos que estabelece estratégias, metas e responsabilidades para a constituição da rede de atenção numa dada região.

Este novo enfoque na constituição de redes e do espaço regional representa um desafio aos gestores e técnicos do SUS, que devem responder a muitos e variados problemas. A política e sua gestão devem dar conta de uma vasta gama de questões a todos os níveis, que vão do âmbito estratégico – como deve ser constituído e consolidado o espaço regional? – às atividades operacionais mais cotidianas – como compartilhar sistemas de transporte?

A gestão de redes, compreendida em seu sentido amplo – planejamento, programação, avaliação –, ao mesmo tempo em que se realiza a gestão cotidiana de processos fim e processos-meio, é tarefa extremamente complexa. A nova política, ao institucionalizar os espaços regionais de pactuação e gestão também demanda gestores e técnicos com competências e habilidades específicas.

Este é também um desafio para os processos de formação. Para a construção da gestão regional e re(instituição) de seu espaço próprio, uma multiplicidade de saberes são necessários, o que pressupõe múltiplos projetos de formação articulados, dirigidos a processos-fim específicos – na área das vigilâncias em saúde ou da gestão de equipes de saúde em atenção primária, por exemplo – ou processos-meio, como gestão de informações, de insumos ou em equipamentos e estruturas físicas.

É nesse contexto que o Curso de Especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde, modalidade a distância, trabalha com uma proposta de formação de concepção sistêmica, que propicie a compreensão do processo de construção das redes em suas diferentes dimensões e capacite o aluno-profissional a exercer o papel de articulação e integração. Fruto da parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) e o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), tem por objetivo apoiar a política de constituição de redes com ênfase no planejamento e gestão. Em especial, em suas dimensões de diagnóstico e desenho de estratégias de intervenção, na discussão de modelos assistenciais, programação de ações e serviços, organização da atenção e seus mecanismos de gestão com a utilização de mecanismos de coordenação assistencial e de gestão da clínica.

Os conteúdos do Curso são organizados em oito unidades de aprendizagem, divididas em 2 volumes. Neste primeiro volume, a Unidade de Aprendizagem I, “A política de saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde (SUS)” tem como principal eixo a análise da instituição do direito à saúde no Brasil, apresentando aspectos da história das políticas de saúde e apresentando as origens e marcos legais para conformação do sistema. Reflete sobre os fatores estruturais e conjunturais que condicionam a política desde o início dos anos 90 e as dificuldades enfrentadas para implantação do SUS.

A Unidade de Aprendizagem II, “Redes de atenção à saúde: histórico e conceitos fundamentais”, inicia-se com a discussão da relação entre sistemas de proteção social, sistemas de saúde e modelos de organização da atenção, buscando construir referências para a análise do caso brasileiro.

Discute especialmente a correlação entre os princípios de universalidade, equidade e integralidade e a instituição de redes, apresentando conceitos fundamentais à compreensão da organização de redes como regiões/territórios, níveis assistenciais, resolutividade e coordenação assistencial. Apresenta ainda os requisitos essenciais à constituição de redes e de linhas de cuidado, identifica mecanismos específicos de coordenação e a correlação entre o planejamento e os mecanismos de gestão da rede.

A Unidade III, “Conceitos de saúde e doença e perfis epidemiológicos no Brasil”, trabalha a necessidade de elaboração do conceito de saúde separadamente do conceito de doença; o desafio de sua construção no período atual e a compreensão da saúde e da doença como processos complexos, inerentes à reprodução da vida, identificando os diferentes marcos conceituais propostos para essa questão. Identifica ainda as principais características da crise da saúde na conjuntura atual, apresenta questões centrais ao perfil epidemiológico brasileiro e suas mudanças em períodos recentes e provê base conceitual e instrumental para o início da construção do diagnóstico em saúde.

A Unidade IV, “Vigilâncias do campo da saúde: caracterização e processo de trabalho” apresenta as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde do trabalhador e ambiental do ponto de vista de suas definições legais, do que lhes é comum e da caracterização e dos componentes de seus processos de trabalho.

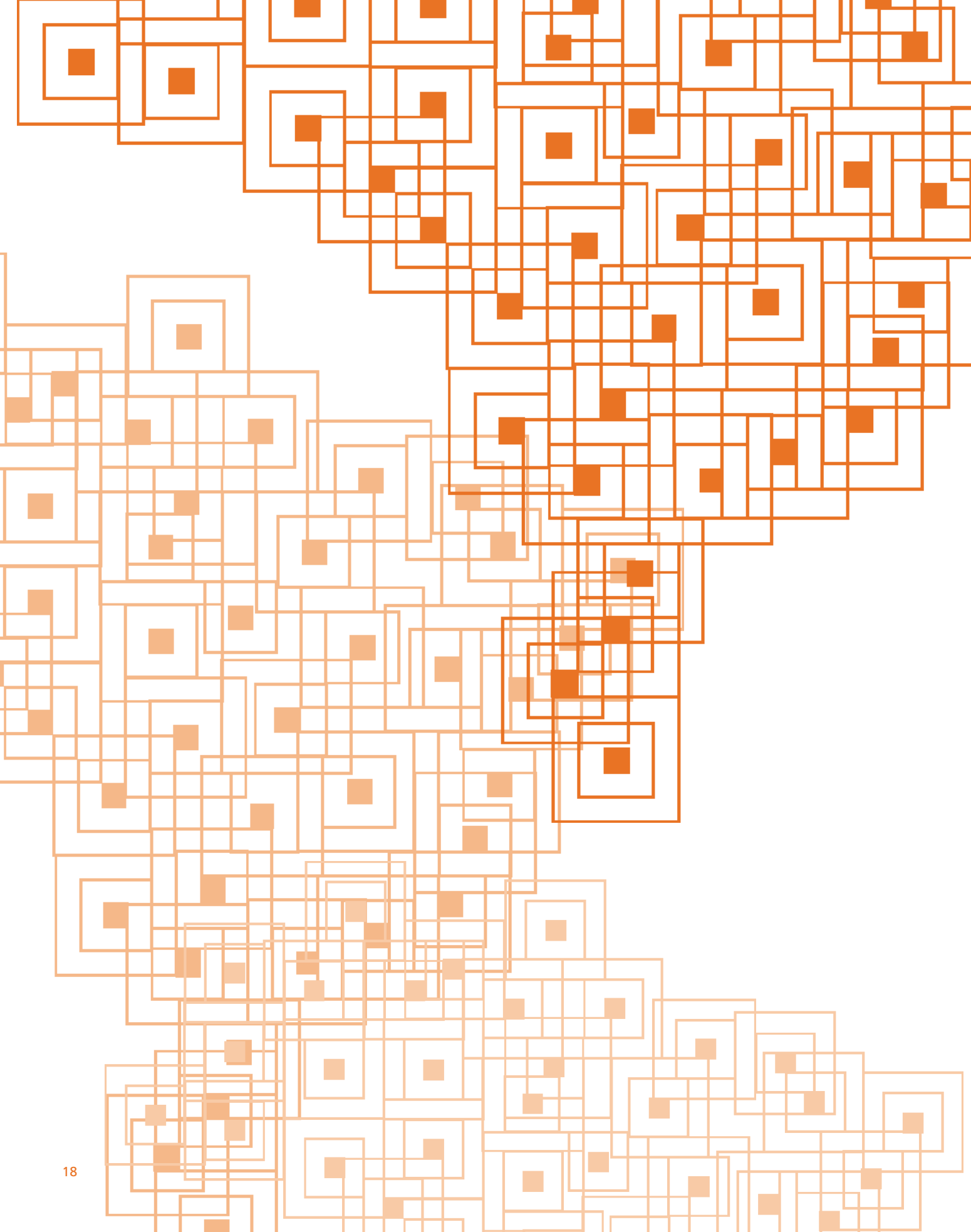
Ao lado dos conteúdos apresentados no Livro II, o Curso buscou construir um caminho pedagógico que ao mesmo tempo em que articula conteúdos e base instrumental, permite a construção de pensamento autônomo, na busca da tradução das diretrizes gerais da constituição de redes de atenção às especificidades locais.

É também proposta do Curso que este caminho possa resultar em trabalhos de conclusão de curso que se constituam em efetivos projetos de intervenção e que representem avanços tanto do ponto de vista da apropriação de conceitos e metodologia por parte dos alunos-profissionais quanto na construção efetiva das redes de atenção nos territórios, resultando em maior capacidade do sistema de saúde em atender às necessidades de sua população, garantindo maior acesso e diminuição de desigualdades.

Rosana Kuschnir
Márcia Cristina Rodrigues Fausto
Organizadoras



I | A política de saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde (SUS)



1. As políticas de saúde no Brasil: da cidadania regulada ao direito universal e integral à saúde

Tatiana Vargas de Faria Baptista

Neste módulo, apresentamos a discussão histórica das políticas de saúde no Brasil em cinco momentos.

O primeiro tópico aborda a formação do Estado brasileiro e as primeiras ações de saúde pública; compreende o período que vai da Colônia à Primeira República. O segundo item apresenta as políticas de saúde desenvolvidas durante o primeiro governo getulista (1930-1945). O terceiro segue com a discussão sobre as políticas de saúde no período democrático (1946-1963) O quarto com a expansão e consolidação do complexo médico-empresarial nos 20 anos da ditadura militar (1964-1984). O quinto e último tópico é dedicado ao período de redemocratização e de definição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 (1985-1989).

O objetivo central do módulo é apresentar alguns aspectos da história das políticas de saúde no Brasil, tendo como principal eixo de análise o direito à saúde – conhecer como e por que não se tinha o direito à saúde até um período da nossa história, quando isso mudou e de que forma a trajetória da saúde reflete aspectos da própria organização do Estado brasileiro e do projeto político de Estado nele subjacente.

Ao final do Módulo 1, esperamos que você avance em uma compreensão crítica sobre os desafios e dilemas do SUS na atualidade, e que contribua para a construção de novas estratégias de viabilidade para a reforma na saúde.

A formação do Estado brasileiro e as primeiras ações de saúde pública

A história das políticas de saúde no Brasil está inserida em um contexto maior que diz respeito à origem e à conformação do Estado-Nação. Os primeiros 300 anos da Colônia (1500-1800) foram marcados por uma condução política distanciada da Coroa Portuguesa, que tinha como interesse extrair as riquezas do país sem, contudo, promover políticas para a organização do Estado e o desenvolvimento de instituições de interesse público. Inexistiam políticas de Estado de proteção social, deixando a responsabilidade do cuidado à saúde para as famílias e instituições de caridade.

A discussão sobre a relação entre proteção social e os sistemas de saúde neles inseridos, em perspectiva histórica e comparada, será desenvolvida no Módulo 1 da Unidade de Aprendizagem II, “Sistemas de saúde e sistemas de proteção social: a gênese dos sistemas de saúde”.

Proteção social

Compreende não apenas a ação pública do Estado para resguardar determinados riscos, mas também a ação social mobilizada pela família, pelas comunidades e pelas ações filantrópicas e religiosas. Viana e Levcovitz (2005) ressaltam a diferença entre a configuração do que se pode denominar o antigo e o novo sistema de proteção social. Enquanto o primeiro mobilizava a família, as comunidades e as ações filantrópicas e religiosas, fenômeno comum até o século XIX; o segundo surge com a intervenção das categorias profissionais e do Estado, já no final do século XIX e início do século XX.

Na definição desses autores, a proteção social “consiste na ação coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência” (VIANA; LEVCOVITZ, 2005, p.17), como a doença, velhice, invalidez, desemprego e exclusão.

A assistência à saúde no Brasil, durante os três primeiros séculos como Colônia, era uma prática sem qualquer regulamentação e realizada de acordo com os costumes e conhecimento de cada um dos grupos sociais que aqui conviviam (portugueses, imigrantes europeus, índios, negros). A população recorria, em situações de doença, ao que fosse viável financeira ou fisicamente, sendo as instituições de caridade um dos principais recursos utilizados pelos pobres.

A vinda da Família Real para o Brasil (1808) foi um momento de inflexão importante nesse cenário. Urgia a organização mínima do espaço social para a garantia de sustentabilidade política e econômica da Coroa. O Brasil deixava de ser uma simples colônia para tornar-se o ambiente

que deveria acolher a realidade e as atividades econômicas que esta promovia (WEFFORT, 2006).

Mudanças rápidas começaram a se processar especialmente no âmbito das cidades, onde havia maior fluxo de pessoas e de mercadorias e onde se instalou a Corte. A temática em torno da criação de um povo e da necessária iniciação de um processo civilizatório começava a ganhar contornos (WEFFORT, 2006; LIMA; HOCHMAN; FONSECA, 2005). Nesse contexto, foram criadas as primeiras instâncias de saúde pública – **Fiscatura-mor** e a **Provedoria-mor de saúde** –, com o objetivo de regular a prática médica e garantir a salubridade da Corte no combate às doenças nas cidades costeiras.

Fiscatura-mor de saúde era a instância que fiscalizava o exercício da medicina. Na prática, limitou-se ao estabelecimento de exames para habilitar os interessados em trabalhar oficialmente e à aplicação de multas aos que exerciam o cargo sem habilitação.

Provedoria-mor de saúde era a instância que tinha como objetivo garantir a salubridade da Corte, atuando na fiscalização de navios para impedir a chegada de novas doenças nas cidades costeiras (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 334).

No mesmo ano da chegada da Família Real ao Brasil foi inaugurada a primeira faculdade de medicina. Trata-se da Escola Médico-Cirúrgica, localizada em Salvador, Bahia. Tem início aí o processo de institucionalização dos programas de ensino na área médica e a normalização da prática em conformidade aos moldes europeus. A regulamentação do ensino e da prática médica resultou em um maior controle das práticas populares e na substituição gradativa dos religiosos das direções dos hospitais gerais, especialmente a partir da Primeira República (1889).

Outro resultado da política de normalização médica foi a constituição de hospitais públicos para atender algumas doenças consideradas nocivas à população e de necessário controle pelo Estado, como os transtornos mentais, a tuberculose e a hanseníase. Em 1852 foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro no Rio de Janeiro – Hospital D. Pedro II –, com o objetivo de tratar medicamente os denominados “doentes mentais” (COSTA, 1989, p. 70).

O interesse pela saúde e pela regulamentação da prática profissional esteve estritamente relacionado ao interesse político e econômico do Estado de garantir sua sustentabilidade e a produção da riqueza, seguindo uma velha política, já aplicada com sucesso em outros países da Europa desde o início do século XVIII (COSTA, 1985; ROSEN, 1979), de controle da mão de obra e dos produtos, com ações coletivas para o controle das doenças, disciplina e normatização da prática profissional (FOUCAULT, 1979).

As primeiras ações de saúde pública voltaram-se especialmente para:

- proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias, responsáveis pela comercialização e circulação dos produtos exportados;

- controle e observação das doenças e doentes, inclusive e principalmente dos ambientes;
- teorização acerca das doenças e construção de conhecimento para adoção de práticas mais eficazes no controle das moléstias.

A preocupação maior era a saúde da cidade e do produto; a assistência ao trabalhador era uma consequência dessa política. Nesse sentido, algumas campanhas voltadas para os trabalhadores começavam a ser implementadas, mas ainda eram pouco resolutivas, como a quarentena – afastamento por quarenta dias do doente do ambiente que habita e circula –, principal estratégia utilizada para evitar a propagação de doenças entre os trabalhadores, sem uma preocupação mais efetiva com o tratamento do doente.

No período da Monarquia Liberal, não havia qualquer atribuição do Estado prevista para a área da saúde, mas na prática já estava em curso o início de uma organização das primeiras ações de controle e vigilância da saúde.

Figura 1 – Cirurgião Negro, aquarela de Debret (1826)



Brasiliana Digital/USP

República vem do latim *res publica* e significa, literalmente, o bem público. A etimologia da palavra chama a atenção para a coisa pública, a coisa comum.

A Proclamação da **República** em 1889 inicia um novo ciclo na política de Estado, com o fortalecimento e a consolidação econômica da burguesia cafeeira. Emergiam as questões relativas à organização

do Estado, afloravam com maior vigor as correntes de pensamento econômico que possibilitariam a construção de um projeto de nação com inclusão no cenário internacional, instalando o sentimento da importância de constituir uma identidade nacional (LIMA; HOCHMAN; FONSECA, 2005).

Em nosso país, o conceito de república foi evocado para se contrapor a uma dada forma de organização social. Buscou-se então destacar:

- a) a ênfase no bem público, que não se confunde com o interesse dos particulares;
- b) a importância do papel do direito para impedir a violência e o arbítrio;
- c) as virtudes cívicas de cidadania, necessárias para aperfeiçoar a convivência coletiva; e
- d) o princípio federalista como fórmula capaz de conciliar o tamanho com a proximidade.

A preocupação nacionalista impunha superar o atraso e modernizar o país. E nesse aspecto a saúde tinha muito a contribuir. O incentivo à imigração e toda a política de exportação e produção nacional esbarravam nas péssimas condições de higiene e saúde do país.

Portanto, a saúde apresentava-se como um grande problema para a consolidação de um projeto de nação (como constituir uma nação num país de analfabetos e doentes?), mas também como solução. Apenas com a implantação de ações de saúde seria possível enfrentar as mazelas que impediam o desenvolvimento do país. Assim, a saúde emergiu como solução nacional, conquistando um papel importante na construção da autoridade estatal sobre o território e na conformação de uma ideologia de nacionalidade. Na análise de Lima, Hochman e Fonseca (2005), os caminhos dos sanitaristas interagiam com questões cruciais da ordem política, como as relações entre público e privado e entre poder central e poder local.

No início do novo século (XX) definiam-se de forma mais sistemática políticas de saúde que buscavam responder às necessidades desse Estado em formação. Num primeiro momento, foram implementadas ações para o controle das doenças (epidemias) e o saneamento urbano. Num segundo momento desenharam-se ações de saneamento no âmbito rural, todas ações de caráter coletivo com o objetivo de resolver de forma ampla os problemas que atingiam o conjunto da população.



Para aprofundar o conceito de república, sua especificidade e os desafios no contexto brasileiro, consulte LAFER, C. O significado da república. *Estudos históricos*, Rio de Janeiro, vol. 2, n. 4, p. 214-224, 1989.

No final do século XIX havia uma busca por conhecimento e ações mais efetivas na área da saúde pública. Foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), em 1897, e institutos específicos de pesquisa, como o Instituto Soroterápico Federal, criado em 1900. Também definiram-se pesquisas nas faculdades de medicina e no exterior (no Instituto Pasteur).



Esse período é rico em documentação, estudos e obras literárias. Vale uma visita à página da Casa de Oswaldo Cruz na internet no endereço www.coc.fiocruz.br para conhecer as exposições e materiais de pesquisa produzidos.

A reforma da saúde pública na Primeira República se deu em dois momentos. O primeiro, marcado pela gestão de Oswaldo Cruz como diretor-geral da Saúde Pública (a partir de 1903), teve como principal característica a ênfase no saneamento urbano das principais cidades e o combate às epidemias de febre amarela, peste e varíola. No segundo momento (décadas de 1910 e 1920), destacaram-se o saneamento rural e o combate a três endemias rurais – ancilostomíase, malária e mal de Chagas –, visando curar e integrar os habitantes abandonados (idiotizados e doentes) à comunidade nacional.

No primeiro momento, Oswaldo Cruz estabeleceu um código sanitário que instituiu a desinfecção, inclusive domiciliar, o arrasamento de edificações consideradas nocivas à saúde pública, a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária, bem como a campanha de vacinação obrigatória. Seus métodos tornaram-se alvo de discussão e muita crítica, culminando com um movimento popular no Rio de Janeiro, conhecido como a “Revolta da Vacina” (COSTA, 1985; CASA DE OSWALDO CRUZ, 1995).

Figura 2 – Charge sobre a Revolta da Vacina (1904)



Já na segunda fase, a ênfase esteve na situação precária de saúde no território nacional. Os sanitaristas realizaram expedições pelo interior do país cujos relatórios médicos revelavam a situação de precariedade e de doença da população brasileira. O cenário divulgado propiciou intenso debate sobre a questão nacional e a doença generalizada passou a ser apontada como razão para o atraso nacional. As expedições foram acompanhadas por escritores, como Euclides da Cunha, que mais tarde, em sua obra *Os Sertões*, expressou as mazelas vividas pelo povo brasileiro nessa região.

Figura 3 – Exemplo de uma expedição para o estudo das endemias



BR 110C EC 01.009

Tratava-se, portanto, de uma determinada forma de atuação do Estado na saúde, focada no controle estrito das doenças. O que valia era o projeto econômico do Estado, não o direito, a proteção social abrangente ou a cidadania. A saúde era entendida como um problema vital para o país, mas não era reconhecida como um direito a ser garantido ao indivíduo. Nesse sentido, a saúde assumia também um papel político importante de controle social, afirmando a presença do Estado na sociedade e em todo o território.

Um dos efeitos políticos desse período foi a expansão da autoridade estatal sobre o território, ao mesmo tempo que se criavam as bases para a formação da burocracia em saúde pública. As ações de saúde pública afirmaram-se como responsabilidade do Estado e papel do governo federal, que passou a exercer de forma centralizada um conjunto de atribuições, interferindo no próprio arranjo federativo estabelecido (LIMA; HOCHMAN; FONSECA, 2005). Escorel e Teixeira (2008) apontam que na organização federativa republicana passou a vigorar o modelo que imputava aos governos estaduais e municipais os cuidados com a saúde da população e para o governo central ficava a responsabilidade pela vigilância sanitária dos portos e pelos serviços de saúde do Distrito Federal.

Neste território, por algum tempo, existiu uma dualidade de competências entre o poder central e o municipal, com o primeiro se responsabilizando pelas medidas de defesa da cidade contra doenças epidêmicas e o segundo, pelos serviços de polícia sanitária, remoção de doentes e desinfecção (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 340).

Em 1920 foi criada a Diretoria Nacional de Saúde Pública (DNSP), reforçando o papel do governo central e a verticalização das ações de saúde (HOCHMAN; FONSECA, 1999).

Ressalte-se, contudo, que ainda não existia na Primeira Constituição Republicana (1891) definição acerca das competências e atribuições de cada ente.

Mas o fato de a saúde pública voltar-se especialmente para ações coletivas e preventivas deixava ainda desamparada da atenção à saúde grande parcela da população, já que a maioria da população não possuía recursos próprios para custear uma assistência. O direito à saúde integral não era uma preocupação dos governantes e não havia interesse na definição de uma política ampla de proteção social patrocinada pelo Estado.

Nesse cenário, começa a ganhar destaque (especialmente a partir das décadas de 1910 e 1920) as primeiras manifestações operárias urbanas, com intensos conflitos entre capital e trabalho. A questão social apresentava-se no cerne do debate, seja pelas precárias condições para a realização do trabalho, seja pela falta de políticas que garantissem o mínimo de proteção social.

As revoltas populares, os movimentos anarquistas e comunistas pressionavam por ações mais efetivas do Estado. Foi a partir desses movimentos que o deputado federal e ex-chefe de polícia, Eloy Chaves, propôs, em 1923, uma lei que regulamentava a formação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) para algumas organizações trabalhistas, como os ferroviários e os marítimos, áreas da economia ligadas à produção exportadora (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Os primórdios desse tipo de organização se constituem ainda no Império quando foi instituída uma lei (Lei nº 3.397/1888) que estabelecia a criação de uma “caixa de socorro” para os trabalhadores de cada uma das estradas de ferro estatais. Em 1889 foi regulamentado um montepio para os funcionários dos Correios e um fundo de pensões para os empregados das Oficinas da Imprensa Régia. Já as primeiras caixas com o objetivo de configurar uma proteção concedendo uma aposentadoria surgiram ainda na primeira década do século, a partir da organização de trabalhadores e empresas (MALLOY, 1986).

Seguro social é um modelo em que a proteção social se estabelece a partir de uma relação de direito contratual, na qual os benefícios são condicionados às contribuições pretéritas e à afiliação dos indivíduos; variavam a cobertura e os benefícios variam conforme o contrato estabelecido (VIANA; LEVCOVITZ, 2005).

As CAPs regulamentadas a partir de 1923 eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresas e trabalhadores, em uma espécie de **seguro social**. Nem toda empresa oferecia ao trabalhador a possibilidade de formação de uma caixa – esse era um benefício mais comum nas empresas de maior poder econômico. O Estado em nada contribuía financeiramente e muito menos tinha responsabilidade na administração dessas caixas. Sua atuação restringia-se à legalização de

uma organização, o que já vinha se dando de maneira informal desde a década de 1910, e ao controle a distância do funcionamento dessas caixas, mediando possíveis conflitos de interesses (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). Os benefícios que os segurados recebiam, conforme as regras de cada caixa, eram: socorros médicos (para o trabalhador e toda a família, inclusive amigos), medicamentos, aposentadorias e pensões para os herdeiros. Com as CAPs, uma pequena parcela dos trabalhadores do país passava a contar com aposentadoria, pensão e assistência à saúde. Assim, o direito à assistência à saúde estava restrito, nesse período, à condição de segurado.

Para alguns autores (MALLOY, 1986; CARVALHO, 2003; SANTOS, 1979), a configuração do modelo das caixas na lógica de um seguro social constituiu um padrão de proteção social que reforçou a segmentação dos trabalhadores por categorias funcionais, numa atitude elitista e paternalista do Estado frente ao movimento operário.

Em síntese, iniciava-se nesse período uma trajetória da política de saúde no Brasil de caráter dual, com dois modelos distintos de atenção e de organização institucional: um modelo voltado para a saúde geral da população (a saúde pública) e outro remetido aos trabalhadores formalmente reconhecidos pelo Estado (a medicina previdenciária). A trajetória de constituição desses modelos foi bastante diferenciada e remete de forma particular às opções políticas do Estado brasileiro no que tange ao projeto de desenvolvimento e ao papel definido para as políticas sociais, e em específico para a política de saúde, em cada período.

“Cidadania regulada” e direito à saúde

É consensual na literatura que é no primeiro governo Vargas que se fortalece de forma gradativa o projeto político-ideológico de construção nacional, com a defesa de um governo centralizador e autoritário, fundado na lógica das propostas nacionalistas. Esse período se constitui num marco da configuração das políticas sociais no Brasil com mudanças institucionais que moldaram a política pública brasileira, estabelecendo um arcabouço jurídico e material que conformaria o sistema de proteção social até o período mais recente (DRAIBE, 1989; AURELIANO; DRAIBE, 1989).

Todo o setor público passou por uma série de reformas nos anos 1930 com o objetivo de constituir um Estado forte e centralizado, com a construção de um aparato governamental atuante em todo o território nacional, conjugando a ação governamental nas esferas federal, estadual e municipal em um projeto unificado.



Para compreender um pouco mais sobre o contexto em que essas reformas se deram, consulte o seguinte texto, disponível no CD do curso: HOCHMAN, G.; FONSECA, C.M.O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, D. (org). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999. p. 73-93.

Conforme resume Nunes (1997), o processo de mudança desencadeado a partir de 1930 incluía a intervenção estatal na economia, a centralização política, a reforma administrativa, a racionalização e modernização do aparelho de Estado, a redefinição dos padrões de relacionamento entre oligarquias locais e estaduais e a incorporação do trabalho em moldes corporativos.

As políticas de previdência social e de saúde pública passaram a se desenvolver de forma paralela, sem pontos de contato. Constitui-se institucionalmente o modelo dual de proteção social à saúde, num formato diferenciado de reconhecimento dos direitos sociais. Criaram-se dois ministérios: o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), responsável pela proteção à saúde da coletividade, mantendo a agenda de combate às grandes epidemias e eventuais endemias; e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), responsável pela política de proteção ao trabalhador, garantindo a assistência médica aos trabalhadores reconhecidos legalmente pelo Estado, num modelo com ênfase no indivíduo, na atenção curativa, ambulatorial, hospitalar e urbana.

É importante considerar que na década de 1930 ainda havia um grande contingente de trabalhadores no campo. O processo de formalização da força de trabalho é um fenômeno que foi alavancado com a industrialização e política desenvolvimentista, especialmente a partir da segunda metade dos anos 1940.

É a partir desse período que são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), ampliando o papel das CAPs e reforçando o modelo de seguro social na constituição do sistema de proteção social brasileiro. Os IAPs passaram a incluir em um mesmo instituto toda uma categoria profissional, não mais apenas empresas, constituindo vários institutos – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI) e outros – e a contar com a participação do Estado na sua administração, controle e financiamento. Com os IAPs inicia-se a montagem de um sistema público de previdência social, mantendo ainda o formato do vínculo contributivo formal do trabalhador para a garantia do benefício. O trabalhador que não contribuísse com os institutos estava excluído do sistema de proteção. Portanto, estavam excluídos: o trabalhador rural, os profissionais liberais e todo trabalhador que exercesse uma função não reconhecida pelo Estado.

A proteção previdenciária era, pois, um privilégio de alguns incluídos, o que fazia com que grande parcela da população, principalmente os mais carentes, fosse vítima de uma injustiça social. Para Santos (1979), essa forma de organização do sistema de proteção social brasileiro reforçou um padrão de regulação do Estado que valoriza o trabalhador que exerce funções de interesse do Estado, atribuindo apenas a estes um *status* de cidadão, uma “cidadania regulada” e excludente, pois não garante a todos os mesmos direitos.

Foto 1 – Trabalhadores brasileiros na década de 1930



Outra característica desse modelo era a discriminação dos benefícios de acordo com a categoria profissional. Cada IAP organizava e oferecia a seus contribuintes um rol de benefícios compatível com a capacidade de contribuição e organização de cada categoria, o que fez com que algumas categorias profissionais tivessem mais benefícios que outras. As categorias com maior poder econômico nesse período, como os marítimos, os ferroviários, e mais adiante os industriários e os bancários, tinham maior disponibilidade de verbas e por isso podiam oferecer a seus contribuintes um leque maior de benefícios. No que diz respeito à saúde, tal fato significava um padrão melhor de assistência médica, diferenciado por categoria e mantenedor da desigualdade social mesmo entre os trabalhadores.

Para praticar

Com a estratégia de criação de um instituto por categoria profissional, o que ocorre com a organização social dos trabalhadores nesse período?

Quais as implicações dessa forma de constituição para o sistema de proteção social brasileiro e para a consolidação da cidadania no nosso país?

Anote suas reflexões no Diário de Estudos.

Quem não se inseria na medicina previdenciária estava também excluído do direito à assistência à saúde prestada pelos institutos e contava com alguns serviços ofertados pelo Mesp em áreas estratégicas (saúde mental, tuberculose, hanseníase e outros), além da caridade, do assistencialismo dos hospitais e de profissionais de saúde. O Mesp promovia também as ações de saúde pública, visando o controle e a prevenção das doenças transmissíveis.

No contexto da política de saúde pública, apesar da continuidade da agenda sanitarista, houve uma mudança significativa em sintonia com o processo de constituição do Estado pós-1930: intenso processo de organização, profissionalização, despolitização, burocratização e centralização das atividades, além da tendência reguladora do governo central sobre os estados no campo da saúde pública, em contraste com a perspectiva campanhista, voluntarista e fragmentada do período anterior (HOCHMAN; FONSECA, 1999).

Para Santos (1985), o período varguista deslocou o projeto de construção da nacionalidade dos sertões para a fronteira, em manobra que poupava o novo regime do enfrentamento com as oligarquias do grande sertão. Nas áreas de antiga dominação coronelista, Vargas praticou uma política de acomodação, de concessões e barganhas. A questão agrária ficou intocada desde então e, a despeito dos projetos desenvolvimentistas, esta não foi uma questão enfrentada no bojo dessa discussão.

Assim, o período varguista consagrou a separação política e institucional entre saúde pública e assistência médica e indicou de forma nítida o foco principal da política social do período estado-novista, o mundo do trabalho formal e urbano. A saúde inseria-se no projeto de Estado por um lado como condição geral para a ordem social (saúde pública) e, por outro, como condição para o trabalho e o desenvolvimento do projeto de industrialização. Tal inflexão está presente de forma nítida no texto constitucional de 1934, e na Carta de 1937 mantém a ênfase na atenção ao trabalhador.

As políticas de saúde no período democrático (1945-1963): o sanitarismo-desenvolvimentista

No Brasil difunde-se ainda mais a partir do pós-guerra o projeto de industrialização e a utilização de técnicas de planejamento e intervenção do Estado na economia. O período 1945-1963 foi marcado pelo

processo de democratização da política e a entrada e consolidação do aparato tecnocrático (burocracia técnica) para a fundamentação das decisões econômicas e políticas do Estado (SOLA, 1998). Surgem propostas de viabilização de um projeto nacional de desenvolvimento, buscando embasamento científico para as diretrizes de política econômica a serem aplicadas (políticas planificadas) (SOLA, 1998).

O pensamento cepalino foi uma das principais contribuições desse período, sustentando a tese da indispensabilidade do Estado na superação do atraso econômico por via da industrialização. É o enfoque analítico chamado “histórico-estrutural”, produzido pelos intelectuais da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), fundada em 1948 para ser a principal fonte de informação e análise sobre a realidade social e econômica do continente sul-americano. O enfoque propõe a análise de como a estrutura produtiva e as instituições herdadas pelos países em desenvolvimento condicionam sua dinâmica econômica e geram comportamentos e resultados que são diferentes das nações desenvolvidas.



A Cepal ainda é uma organização importante na atualidade. Para conhecer mais sobre sua história e atuação, acesse seu endereço eletrônico oficial: www.eclac.cl.

No Brasil, o termo desenvolvimentismo, em geral, remete à política econômica desenhada pelos governos a partir da década de 1950, tendo o termo se consagrado no governo de Juscelino Kubitschek (1955).

De forma sintética, o desenvolvimentismo consiste numa ideologia de transformação da sociedade brasileira definida pelo projeto econômico. Tal projeto consistia na defesa da industrialização como meio para a superação da pobreza e do subdesenvolvimento; na configuração de um Estado interventor e planejador, capaz de definir a expansão desejada dos setores econômicos e os instrumentos de promoção dessa expansão; e também de um Estado captador e orientador de recursos financeiros, utilizando-os para promover investimentos diretos naqueles setores em que a iniciativa privada fosse insuficiente (BIELSCHOWSKY, 2004).

Mas, como alerta Sola (1998), o papel dos técnicos na construção da política desenvolvimentista se deu principalmente pela capacidade de organização e representação de uma nova forma de pensamento político diante de uma fragilidade do Legislativo naquele momento, de características corporativas e com baixo poder de representatividade. Iniciou-se a consolidação de uma parceria entre Estado e tecnocracia que constituiu as bases para uma forma de inserção bastante específica desse grupo no aparato estatal, em que as ideias técnicas passaram a ter supremacia na discussão e encaminhamento da política, produzindo uma determinada ideologia a respeito do desenvolvimento.

O debate sobre as estratégias para atuação na área econômica também invadem o debate na área social e da saúde, passando a integrar, mesmo que retoricamente, as iniciativas de planejamento estatal e os projetos de desenvolvimento em competição no país (PENA, 1977). O plano Salte, apresentado em 1950 (previsto para o período 1950-1954), tinha como meta de investimento para a saúde destinar 13% dos recursos do tesouro para o setor e atribuía a ele um papel fundamental na alavancagem do desenvolvimento econômico do país. Era a primeira vez que a saúde ganhava um lugar de destaque no contexto de um Plano governamental. Vale resgatar o que dizia o texto constitucional em vigor no período. A Carta de 1946 atribuía à União a competência de organizar a defesa permanente contra os efeitos da seca, das endemias rurais e das inundações, bem como legislar sobre normas gerais de defesa e proteção da saúde.

A sigla Salte era formada pelos quatro setores considerados prioritários para os investimentos governamentais nesse período: Saúde, Alimentação, Transporte e Energia. O plano foi apresentado ao Congresso no ano de 1947, mas acabou sendo abandonado em 1951, sem ter tido o alcance de seus objetivos. Na área da saúde, o projeto previa elevar o nível sanitário da população, sobretudo a rural, assumindo características de um programa de emergência, como resposta às catastróficas situações sanitárias.

O plano reforça também uma divisão de áreas de competência dentre os serviços de saúde: a saúde pública para o combate a alguns males de grande repercussão e a saúde individual como uma atividade privada. Nessa divisão, a saúde pública requeria uma política estatal e centralizada, que tinha como meta atingir as áreas mais remotas do país, enquanto a assistência médica tratava-se de assunto privado, deixado ao mercado e à iniciativa do cidadão.

É desse período (com maior ênfase de 1955 a 1963) que emerge a discussão do sanitarismo-desenvolvimentista no Brasil (envolvendo intelectuais como Samuel Pessoa, Mário Magalhães, Josué de Castro e Carlos Gentile de Melo), apresentando como questões a crítica ao campanhismo, à centralização de poder, à fragilidade dos governos locais e ao baixo conhecimento do estado sanitário do país. A principal contribuição desse debate foi trazer à tona a compreensão das relações entre pobreza e doença e sua importância para a transformação social e política do país.

Os sanitaristas-desenvolvimentistas desenvolveram a crítica ao padrão de atuação do Estado na economia e suas consequências para a situação sanitária da população, localizando a realidade nacional no contexto de

um sistema internacional. A discussão remetia a uma concepção de proteção que englobava desde o aspecto econômico até o social, passando pelas relações entre os países. Retomava a crítica ao círculo vicioso da pobreza e às teorias evolutivas de desenvolvimento dos Estados e, no campo estrito da saúde, era o gancho para a crítica ao modelo preventivista, ao sistema de saúde desigual, dicotômico e dual (saúde pública e medicina previdenciária). Para os sanitaristas-desenvolvimentistas, o nível de saúde de uma população dependia, em primeiro lugar, do grau de desenvolvimento econômico-social do país.

As teses difundidas pelos sanitaristas-desenvolvimentistas levavam às últimas consequências a proposta de configuração de uma política desenvolvimentista includente, o que gerava tensões com as demais correntes de pensamento, mesmo aquelas que partiam do ideário desenvolvimentista (estas, talvez, por não reconhecer a política social, e em específico a política de saúde, como uma área estruturante no projeto de desenvolvimento).

A medicina preventiva e a medicina comunitária surgiram neste período como modelos inovadores para pensar atenção à saúde. A ideia de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (difundida pela OMS em 1948) norteou a discussão sobre a definição de políticas para o setor. Promover saúde significava promover condições de vida digna, o que incluía desde o direito à moradia, educação, atendimento integral em saúde, como também o direito à participação e intervenção popular. Esses princípios eram divulgados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) nos anos 1950 e 1960, principalmente, e serviram de indicativos na construção dos modelos de medicina comunitária e preventiva no Brasil nos anos 1960. No entanto, esses princípios apenas foram resgatados mais intensamente a partir de meados dos anos 1970, quando o movimento reformista da saúde ganhou corpo e expressão.

O período de desenvolvimentismo no Brasil representou para a saúde um período de grande inovação legal-institucional. No âmbito da política de saúde previdenciária, acentuou-se a centralização e expansão do sistema de proteção social, num padrão seletivo (no plano dos beneficiários), heterogêneo (no plano de benefícios) e fragmentado (no plano institucional e financeiro) de intervenção social do Estado (AURELIANO; DRAIBE, 1989). No âmbito da saúde pública, a instituição do Ministério da Saúde, em 1953, e a reorganização dos serviços nacionais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), em 1956, reafirmavam o padrão de atenção na saúde pública com foco nas doenças específicas e de atuação no âmbito coletivo (HAMILTON; FONSECA, 2003).

As experiências de medicina comunitária e medicina preventiva desenvolveram-se durante os anos 1950 e principalmente nos anos 1960 no Brasil. As universidades foram os principais espaços de articulação para essas experiências, que, sob a recomendação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) criavam departamentos de medicina preventiva e comunitária. A ideologia presente nessas práticas indicava a difusão de um pensamento crítico na saúde, o que significava também a articulação com a sociedade na condução e decisão política das práticas de saúde (TEIXEIRA, 1988).

A criação do Ministério da Saúde em 1953 expressou um momento de embate em torno da unificação do comando sobre a política nacional de saúde. Contudo, tal medida contrariava interesses, impedindo a conformação de uma política de saúde única e integrada. Uma análise do processo político envolvendo a constituição do ministério nesse ano está em Hamilton e Fonseca (2003).

Nesse período cresce a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que, partilhando da concepção que veio a ser conhecida como “círculo vicioso da pobreza e da doença” passou a combater a pobreza, priorizando as áreas rurais devido à sua carência e pobreza crônicas. Em 1960, o Sesp foi transformado em fundação vinculada ao Ministério da Saúde, Fundação Sesp, adquirindo caráter permanente. Passou a atuar em todas as unidades da federação, bem como em nível municipal, realizando ações de saneamento e programas de promoção de saúde (CASA DE OSWALDO CRUZ, 1995).

Figura 4 – Círculo vicioso da pobreza e doença



Horwitz, Molina & Adriasola

O Sesp foi criado em 1942, durante a Segunda Guerra Mundial, como consequência do convênio firmado entre os governos brasileiro e norte-americano, e tinha como atribuições centrais, naquele momento, sanear a Amazônia e a região do Vale do Rio Doce, onde se produzia borracha e minério de ferro, matérias-primas estratégicas para o esforço de guerra americano. Incorporou as ações desenvolvidas pela Fundação Rockefeller, que atuava desde 1916 no Brasil com medidas preventivas e de controle epidemiológico e com interesses específicos de controle internacional de algumas doenças.

Foto 2 – Visitadora sanitária do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP na Amazônia realiza atividade educativa



FSESP-A-Ofp68A

Nesse cenário, as doenças específicas ainda permaneciam como se fossem o grande mal do país. No governo JK (1958-1960) explicita-se a concepção de que seria possível erradicar doenças independente do desenvolvimento econômico do país. Também prevalecia a concepção de que os gastos estatais nas áreas “sociais” não deveriam pôr em risco os investimentos necessários ao desenvolvimento (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 191).

Mas o período desenvolvimentista passou por transformações que também mostravam inflexões no pensamento cepalino. Até o final da década de 1950 havia um grande otimismo da Cepal com relação às perspectivas de desenvolvimento dos países periféricos, mas ao final da década começou “a tomar corpo a ideia de que os obstáculos estruturais subjacentes em tais desequilíbrios poderiam acabar determinando a paralisação do desenvolvimento” (RODRIGUES, 1981, p. 181). Essa visão negativa se deu pela tendência à estagnação, ao desemprego e subemprego crescentes, baixo nível de vida das grandes massas e grande concentração de renda nos estratos médios e altos, elevação da dívida externa, processos inflacionários, tensões sociais e instabilidades.

No final dos anos 1950, o quadro econômico nos países subdesenvolvidos se agravara, mesmo com o planejamento econômico. E o desenvolvimento deixou de ser visto como um processo dependente apenas

do crescimento econômico e passou a ser olhado como um processo global, a incluir estruturas políticas e sociais (RIVERA, 1989, p. 18).

Surgem, no final dos anos 1950 e início dos anos 1960, novas análises e recomendações indicando a necessidade de políticas ativas de emprego e de distribuição de renda; incremento da taxa de poupança e do ritmo de acumulação; intervencionismo e planificação.

É também nesse contexto que emerge a Carta de Punta del Este (firmada em 1961, em reunião do Conselho Interamericano Econômico e Social), orientada pela qualificação do desenvolvimento como econômico e social. A Carta define como objetivos gerais: aumentar a esperança de vida em no mínimo cinco anos e ampliar a capacidade para aprendizagem e produção mediante o melhoramento da saúde individual e coletiva. E como objetivos específicos: abastecimento de água e saneamento, redução da mortalidade infantil, controle das doenças transmissíveis, melhoras na nutrição, capacitação e desenvolvimento de pessoal de saúde, fortalecimento de serviços básicos e intensificação da investigação científica (LIMA, 2002).

Há neste contexto o reconhecimento da saúde como componente essencial do desenvolvimento, enfatizando a necessidade do planejamento, sob condução do Estado, para a consecução dos objetivos nacionais de bem-estar, democracia e segurança.



Os conceitos referentes a democracia podem ser aprofundados no *Dicionário de Política* organizado por Bobbio, Matteuci e Pasquino (1995).

Democracia

Regime de governo em que o poder de tomar importantes decisões políticas está diretamente com os cidadãos (povo) ou, indiretamente, com os representantes eleitos por eles (forma mais usual). Uma democracia pode existir num sistema presidencialista ou parlamentarista, republicano ou monárquico.

As democracias podem ser divididas em diferentes tipos, com base em um número de distinções. A distinção mais importante acontece entre democracia direta (algumas vezes chamada “democracia pura”), em que o povo expressa a sua vontade por voto direto em cada assunto particular. E a democracia representativa (algumas vezes chamada “democracia indireta”), em que o povo expressa sua vontade por meio da eleição de representantes que tomam decisões em nome daqueles que os elegeram.

Outros itens importantes na democracia incluem exatamente quem é “o povo”, isto é, quem terá direito ao voto; como proteger os direitos de minorias contra a “tirania da maioria” e qual sistema deve ser usado para a eleição de representantes ou outros executivos.

Em 1963 a Opas adota as decisões da Carta de Punta Del Este e convoca uma reunião de ministros da saúde (Primeira Reunião Especial de Ministros da Saúde) para estabelecer o Plano Decenal de Saúde Pública para as Américas (I Plano Decenal de Saúde), calcado na compreensão da saúde como problema técnico, social, econômico, jurídico e cultural. Nessa reunião a Opas ganhou a função de assessoria permanente e demandou ao Centro Nacional de Desarrollo (Cendes) da Universidad Central da Venezuela e a técnicos da Cepal um método de planejamento para a saúde compatível com os métodos empregados na área econômica. É então que surge o método Cendes/Opas, tendo como principais idealizadores Jorge Ahumada e Mario Testa.

O método Cendes/Opas era uma proposta que buscava maior efetividade das ações em torno dos considerados problemas de saúde. Tratava-se de uma proposta extremamente normativa e constituía-se num método para governar o setor, baseado na eficiência da utilização dos recursos (determinar prioridades a partir de critérios de vulnerabilidade, magnitude e transcendência). Visava quebrar o ciclo vicioso na saúde instalando técnicas para o bom governar e a otimização dos recursos.

Nesse contexto, a Cepal acabava por desempenhar um papel relevante ao problematizar o conceito de desenvolvimento como crescimento econômico, sem que mudanças estruturais fossem propostas. Há um intenso clima de debates teóricos e políticos, seja em relação à ideia de progresso linear, seja à pertinência da teoria da dependência e suas implicações.

Também no ano de 1963 ocorreu no Brasil a 3ª Conferência Nacional de Saúde, num cenário de disputa entre projetos político-sanitários diversos, que se acirraram no final do período democrático com a radicalização das lutas por reformas sociais. Retomaram-se pontos importantes da crítica dos sanitaristas-desenvolvimentistas, como a discussão da distribuição de responsabilidades entre os entes federativos, a avaliação crítica da realidade sanitária do país, a proposição de municipalização dos serviços de saúde, a definição sobre como deveriam ser os planos de Saúde, tendo por base uma filosofia de ação calcada na demonstração das relações entre saúde e economia (Luz, 1979).

Deve-se considerar também que a partir da década de 1950 mudanças importantes ocorreram no sistema de proteção à saúde em virtude do processo de acelerada industrialização. Até então, o Brasil tinha sua economia assentada na agricultura, mas a partir dessa década, com o processo de industrialização, os grandes centros urbanos passaram a ser o polo dinâmico da economia, o que gerou uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde (MENDES, 1993). Tal fato levou a uma expansão progressiva e rápida dos serviços de saúde. Surgiram os grandes hospitais, com tecnologias de última geração e com a incorporação da lógica de especialização dos recursos humanos. A assistência torna-se mais cara e o hospital, o principal ponto de referência para a busca de um atendimento em saúde.

O modelo de saúde que passou a se definir, baseado no hospital e na assistência cada vez mais especializada, também seguia uma tendência

Foto 3 – Injeção de penicilina num caso de meningite, num hospital de campanha em Luxemburgo, durante a Segunda Guerra Mundial



The National Library of Medicine

mundial, fruto do conhecimento obtido pela ciência médica no pós-guerra. O conhecimento mais detalhado da fisiologia e da fisiopatologia permitiu o desenvolvimento de drogas modernas e possibilitou uma revolução na prática médica, bem como o início de um processo de mudança nos níveis de saúde das populações, que passaram progressivamente a viver mais (aumenta a expectativa de vida) e a sofrer de doenças mais complexas (crônicas) ou típicas da modernidade, como os acidentes de carro e violências, entre outras.

Na prática, os anos do desenvolvimentismo mantiveram a lógica de organização do modelo político em vigor para a saúde, com as ações e serviços de saúde pública de um lado e o sistema previdenciário de outro, com políticas isoladas de saúde que atendiam a diferentes objetivos. Uma política de saúde pública universal e com ênfase na prevenção das doenças transmissíveis e uma política de saúde previdenciária, restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes, com ênfase na assistência curativa. O direito à saúde integral ainda não era um direito do cidadão brasileiro.

Expansão e consolidação do complexo médico-empresarial

O golpe militar em 1964 e a nova forma de organização do Estado trouxeram também mudanças para o sistema sanitário brasileiro, dentre elas a ênfase na assistência médica, o crescimento progressivo do setor privado e a abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário.

A primeira ação significativa no sistema previdenciário brasileiro ocorreu em 1966, com a unificação dos IAPs e a constituição do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). A criação do INPS levou a uma uniformização dos benefícios previstos pelos institutos e à centralização do poder pelo Estado, com o afastamento dos trabalhadores das decisões a serem tomadas. Fortaleceu-se a tecnocracia e reforçaram-se as relações clientelistas no âmbito do Estado, como a troca de favores, a barganha de interesses e o jogo de benefícios para os aliados do poder.

Com a unificação dos Institutos, foram dadas as condições para o desenvolvimento do “complexo médico-industrial-empresarial”, conceito cunhado por Hésio Cordeiro (1980) para designar o processo de penetração do capital e empresariamento da área de saúde no Brasil, envolvendo a formação profissional, as indústrias e a prestação de serviços médicos.

E por que a unificação dos institutos viabilizou esse arranjo institucional?

Porque já estava em curso desde os anos 1950 um processo acelerado de expansão da assistência previdenciária; porque o modelo que predominava no âmbito dessa assistência era de incorporação de tecnologias, ênfase na assistência curativa e utilização de recursos especializados; porque muitos institutos já realizavam a compra de serviços privados ao invés de investir em unidades próprias; e porque o arranjo político-institucional do período autoritário favoreceu uma prática pouco transparente na orientação dos recursos, beneficiando segmentos de poder ligados ao empresariado da saúde.

Donnangelo (1975) destaca que não havia nesse período uma legislação dos institutos que definisse a instalação de infraestrutura própria de produção, permitindo a realização de convênios e contratos com outros institutos ou com estabelecimentos hospitalares privados. Na ausência de uma política de ampliação dos serviços próprios, fortalecia-se o segmento privado.

Nesse contexto, também foram criados novos mecanismos de financiamento que acabaram por favorecer a constituição e o desenvolvimento das empresas médicas. O resultado concreto desse fenômeno foi a expansão dos serviços hospitalares privados e do número de leitos lucrativos no país. Em 1950, 53,9% dos leitos eram de propriedade particular; em 1960, estes leitos já correspondiam a 62,1% do total, sendo 14,4% lucrativos (BRAGA; PAULA, 1986). Em 1975, 68% dos leitos eram privados, com 45% destes com fins lucrativos (ESCOREL, 2008). Esse também foi um período de avanço da indústria farmacêutica e de expansão das importações brasileiras de equipamentos médicos (CORDEIRO, 1984).

Fortaleceu-se também nesse período, especialmente a partir de 1968, uma outra modalidade de atenção à saúde sustentada pela previdência social, os convênios com empresas, também conhecido como “medicina de grupo”. Como ressalta Escorel (2008), nesses convênios a empresa passava a ser responsável pela assistência médica aos seus empregados e, assim, deixava de contribuir para o INPS. A empresa contratava uma empresa médica que, por um valor fixo por mês, garantia a assistência ao trabalhador. Sobre esse modelo, Menicucci (2007) destaca algumas consequências dessa política para a conformação institucional da assistência à saúde. Primeiro, destacou que o modelo gerava incentivos ao crescimento da assistência médica sob controle da empresa, fortalecendo uma prática médica voltada para as ações que interessavam à produtividade. Segundo, que os convênios passaram a ser responsáveis

O período do chamado “milagre econômico” correspondeu aos anos de 1968 a 1974 e foi caracterizado por um crescimento acelerado da economia brasileira, decorrente, em grande parte, das reformas ocorridas no período anterior a 1968 e das condições internacionais favoráveis.

pela pulverização de recursos do INPS, que assumiu os encargos mais onerosos e as prestações mais pesadas. Terceiro, que esse modelo beneficiava empregados de grandes empresas, promovendo o esvaziamento dos serviços prestados pelo próprio INPS.

No início da década de 1970, em meio ao “milagre econômico”, o modelo preconizado pelo INPS reforçava-se. Nos primeiros anos da década foram incorporadas novas categorias profissionais ao sistema – trabalhadores rurais (1971), empregadas domésticas (1972) e autônomos (1973) –, e a cada nova categoria incluída, aumentava ainda mais a procura por serviços de saúde.

Cabe ressaltar que o desenho da política de saúde com a instituição do INPS era de manutenção da lógica de funcionamento anteriormente proposta pelos IAPs, com oferta de serviços apenas para aqueles que comprovavam o vínculo com o instituto – as pessoas levavam suas carteiras de trabalho ou carnê de contribuição previdenciária quando procuravam os hospitais ou qualquer outro tipo de assistência, a fim de comprovar sua inclusão no sistema.

Assim, mesmo com a incorporação de novas categorias ao sistema de proteção muitos ainda não tinham o direito à atenção à saúde. Os índices de saúde mostravam a situação alarmante vivida pelo país. Apenas para citar alguns dados: a esperança de vida ao nascer, na década de 1970, era de 52,7 anos; a taxa de mortalidade infantil era de 87,9 bebês para 1.000 nascidos-vivos e as doenças infecciosas e parasitárias constituíam uma das principais causas de óbito. A transição demográfica e epidemiológica ocorrida nos países desenvolvidos ainda estava longe de ser alcançada na realidade brasileira, mesmo diante de todo desenvolvimento econômico obtido pelo país desde os anos 1950 até o “milagre econômico” do período 1968-1974. A principal razão para o quadro de estagnação social foi o total descaso dos governantes com relação às políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento social. Durante todo o regime militar autoritário, o investimento na área de saúde pública foi precário, doenças antes erradicadas voltaram, doenças controladas apareceram em surtos epidêmicos, o saneamento e as políticas de habitação populares foram desprezados, aumentaram a pobreza e principalmente a desigualdade social.

Fórum

Todo crescimento econômico implica desenvolvimento? O que é desenvolvimento para você? Que políticas e áreas estratégicas deveriam ser priorizadas pelos países para o alcance do desenvolvimento?

O que deve ser considerado, no caso brasileiro, para que se consolide uma política de desenvolvimento? Como articular União, estados e municípios em torno desse projeto? Como a saúde se insere nessa proposta?

Discuta com os seus companheiros de curso e com seu tutor, utilizando a ferramenta fórum no AVA.

A partir de meados da década de 1970, finalizado o “milagre econômico” e em um cenário de crise política, institucional e econômica iminente do governo militar, começam a se definir novas estratégias para a garantia de manutenção do governo, dentre elas a definição do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) e a política de abertura do governo.

O II PND significou a composição de uma política de desenvolvimento que tinha como meta básica a formulação de estratégias de desenvolvimento social, buscando a integração e a interdependência das políticas estatais – um avanço na política de Estado, pois selava o compromisso de conjugação da política econômica e social. O processo de abertura, em outra medida, possibilitou a expansão e expressão gradativa dos movimentos sociais, até então sob forte repressão e sem espaço para vocalizar as demandas.

A compreensão de que a União deveria estabelecer planos nacionais de saúde já estava presente na Constituição de 1967 e se manteve em 1969.

Para a saúde, esse contexto significou a possibilidade de fortalecimento do “movimento sanitário”, que estabelecia sua base de apoio em instituições acadêmicas com forte respaldo teórico – Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), dentre outras. A intelectualidade pertencente ao setor saúde divulgava estudos sobre as condições sociais e de saúde com críticas contundentes à condução política do Estado brasileiro e reivindicava mudanças efetivas na assistência à saúde no Brasil.

O movimento sanitário buscava reverter a lógica da assistência à saúde no Brasil apresentando quatro proposições para debate:

- A saúde é um direito de todo cidadão, independente de contribuição ou qualquer outro critério de discriminação.

- As ações de saúde devem estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda a população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo.
- A gestão administrativa e financeira das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios.
- O Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde.

O cenário era de exclusão de uma boa parcela da população do direito à saúde, haja vista o fato de que apenas um segmento da população tinha garantido, nesse momento, o direito à assistência médica prestada pelo INPS e que os serviços de saúde, do Ministério da Saúde (MS), das secretarias estaduais e municipais, não absorviam a demanda de atenção gerada pelo restante da população. Não havia de fato se constituído, até então, no Brasil, uma política de Estado cidadã no sentido mais abrangente; uma cidadania substantiva que desobrigasse qualquer espécie de vínculo com o processo produtivo e que reconhecesse o cidadão simplesmente pelo valor que tem como membro daquela comunidade. Prevalencia a lógica da “cidadania regulada”, em que cidadão era aquele que se encontrava localizado em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei. Portanto, a proposta de reforma do setor saúde apresentada pelo movimento sanitário também se inseria em uma lógica maior de reestruturação do próprio Estado e de afirmação de uma cidadania substantiva para o povo brasileiro (BAPTISTA, 2003).

Na segunda metade dos anos 1970, sob orientação estatal e resguardando os interesses do Estado autoritário, começaram a se implementar algumas mudanças na condução política das ações de saúde.

Dentre as políticas implementadas, destacam-se:

- A criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, que distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais.
- A formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), em 1974, que organizou as ações a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social.
- A instituição do Plano de Pronto Ação (PPA), em 1974, que consistiu em uma medida para viabilização da expansão da cobertura em saúde.

- A formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional, que desenvolveu ineditamente um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo.
- A promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, que estendeu serviços de atenção básica à saúde no Nordeste do país.
- A constituição do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1977, com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social.

Além do Piass, outros dois projetos importantes foram implantados na segunda metade dos anos 1970, possibilitando uma divulgação das propostas de reforma na saúde e o incentivo à construção de alternativas no âmbito local: o Plano de Localização de Serviços de Saúde (PLUS) e o Projeto Montes Claros (PMC).

O Plus foi criado para planejar a expansão física dos serviços de saúde da previdência social. Era um projeto nacional, mas envolveu as nove regiões metropolitanas e acabou por se constituir na primeira experiência coletiva de um grupo de saúde pública na previdência social. Ocorreu entre os anos de 1975 a 1979.

O PMC desenvolveu-se a partir de 1971 e tinha por objetivo inicial a implantação, no norte de Minas Gerais, de um programa de planejamento familiar. A partir da gerência da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, no ano de 1975 foi dada nova orientação ao projeto, tornando-se uma das primeiras possibilidades, em âmbito regional, de aplicação de diretrizes norteadoras de um modelo alternativo de organização de serviços de saúde. A proposta então se expandiu para outras localidades do país e permitiu experimentar a aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde e participação popular.



Para saber mais sobre essas experiências, ver ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990. In: GIOVANELLA, L. et al (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. cap. 10. p. 385-434.

Esse conjunto de medidas favoreceu a construção de políticas mais universalistas na área da saúde, priorizando a extensão da oferta de serviços básicos e fortalecendo a perspectiva de reforma do setor.

Mas foi também neste período que o setor médico-empresarial começou a se fortalecer institucionalmente, beneficiando-se igualmente das políticas de investimento na área social. O FAS, por exemplo, repassou grande parte dos recursos para investimento na expansão do setor hospitalar, em que 79,5% dos recursos foram destinados para o setor privado e 20,5% para o setor público. O aumento gradativo dos convênios com o setor privado significou o desinvestimento progressivo na criação de serviços públicos (CORDEIRO, 1984).

A concessão de privilégios ao setor privado e a mercantilização da medicina sob o comando da previdência social foram duramente criticados pelo movimento sanitário. Os reformistas buscavam a universalização do direito à saúde, a unificação dos serviços prestados pelo Inamps e MS em um mesmo sistema e a integralidade das ações (com a garantia do acesso a ações de prevenção e assistência médica). A partir desse momento ampliava-se o debate sobre o direito à saúde no Brasil, a começar pela própria concepção de saúde.

Destaca-se nesse período o papel do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e do movimento estudantil como articuladores e difusores das ideias reformistas para a saúde nesse período.

O movimento estudantil foi importante na difusão e formação de uma consciência sanitária entre os estudantes, professores e profissionais de saúde, promovendo debates em torno da temática dos determinantes sociais, econômicos e políticos da estrutura de saúde, bem como das práticas de saúde. Já o Cebes possibilitou a criação e manutenção de um órgão de difusão – a revista *Saúde em Debate* – viabilizando a comunicação e articulação com outros movimentos sociais. Em 1976 foi editado o primeiro número da revista trazendo para o cerne do debate a saúde como um componente do processo histórico-social. Em 1979, o Cebes apresentou no I Simpósio sobre Política de Saúde da Câmara dos Deputados o documento “A questão democrática na área da saúde”. Conforme resume Escorel,

a realização do Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados e o documento apresentado pelo Cebes evidenciaram a existência de um movimento articulado, com um projeto definido e ocupando um espaço cada vez maior na arena setorial em defesa do seu projeto. No texto, o Cebes apresentou uma proposta que viria a ser legitimada como princípio na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o qual foi legalizado na Constituição de 1988: “A saúde é direito de todos e um dever do Estado (ESCOREL, 2008, p. 408).

Com todo o debate, a saúde passava a assumir um sentido mais abrangente, sendo resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde, dentre outros fatores. Portanto, o direito à saúde significava a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, em todos os níveis, de todos os habitantes do território nacional.

Nesse sentido, a proposta de reforma para a saúde era também uma proposta de reforma do Estado, Estado este que havia se constituído sobre uma base fundada no patrimonialismo, política de clientela, centralização decisória e exclusão social – modos de fazer política que se reproduziam não só no âmbito de organização do setor saúde como em todos os demais setores, mas que foram explicitados no debate da saúde, talvez por ser este um setor que criticava com muito mais dureza a situação de injustiça social que se havia consolidado (BAPTISTA, 2003).

Os 100 anos de história do Brasil tinham enraizado uma cultura política de Estado enfaticamente concentradora do poder decisório nas mãos de uma parcela pequena da sociedade (poder oligárquico), ou dos recursos produzidos no âmbito do Estado, mantendo um grande fosso entre grupos sociais e regiões, reproduzindo, dessa forma, uma situação de desigualdade. Assim, o processo político também estava comprometido em uma rede imbricada de poder instituído na burocracia estatal, na organização política e partidária e na cultura social.

O ideal da reforma sanitária exigia, nesse contexto, uma revisão do modo de operar do Estado, da lógica burocrática que concentrava poder, e uma disposição social para repartir a renda (redistribuir) e participar ativamente da construção desse novo Estado, agora de intenção democrática.

Foto 4 – Movimento Diretas Já



Redemocratização e direito à saúde

A década de 1980 iniciou-se em clima de redemocratização, crise política, social e institucional do Estado Nacional. A área social e, em especial, a previdência social viviam uma crise profunda, assumindo medidas de racionalização e reestruturação do sistema. No âmbito da saúde, o movimento da reforma sanitária indicava propostas de expansão da área de assistência médica da previdência, intensificando os conflitos de interesse com a previdência social e envolvendo poder institucional e pressões do setor privado.

Começa a se divulgar nesse período a noção de crise da Previdência. Os cofres públicos encontravam-se vazios e a perspectiva era de mais e mais pessoas solicitando a entrada na aposentadoria. A saúde começou a ser apontada como a área gastadora da Previdência Social, o que possibilita a entrada de propostas reformistas para a saúde.

No sistema previdenciário brasileiro, a crise já era evidente no início dos anos 1980. Crise ideológica, porque a assistência médica como um benefício previdenciário ainda estava restrita e condicionada à contribuição trabalhista, não sendo considerada um direito inerente de todo cidadão. Crise financeira, porque o cofre da previdência não suportava mais o montante de recursos a serem destinados ao setor, encontrando-se em estado de falência iminente. Crise político-institucional, porque o SNS e a previdência social brasileira apresentavam falhas na prestação da assistência, no controle dos recursos e na organização do setor.

A crise exigia respostas imediatas de reestruturação do modelo de atenção previdenciário. A área de assistência médica sofria críticas tanto dos reformistas quanto dos conservadores; na realidade, a saúde (incluída aqui a área de assistência médica previdenciária) era considerada a grande vilã e responsável pela crise, devido ao alto grau de descontrole dos gastos com assistência médica, a descoordenação de ações dos prestadores de serviços, a desassistência social e a inadequação do modelo de saúde à realidade nacional. Segundo Cordeiro (1991), os reformistas buscavam a universalização e integração do sistema de saúde e os conservadores visavam a racionalização dos gastos e a eficiência objetiva do sistema já configurado: saúde previdenciária (Inamps) e saúde coletiva (MS).

Nesse contexto, foi realizada a 7ª Conferência Nacional de Saúde (1980), que apresentou como proposta a reformulação da política de saúde e a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). O Prev-Saúde consistia em uma proposta de extensão nacional do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

(PIASS), que havia sido desenvolvido no período compreendido entre 1976/79 no nordeste do Brasil.

O Pias foi uma experiência bem-sucedida que possibilitou uma melhoria no nível de saúde da população da região Nordeste a partir da implantação de uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20.000 habitantes. O Prev-Saúde visava, na mesma medida, a dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecesse, em quantidade e qualidade, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, tendo como meta a cobertura de saúde para toda a população até o ano 2000 (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980).

No entanto, o Prev-Saúde acabou não sendo incorporado pelo governo e muito menos estabelecido na prática, dadas as resistências intraburocráticas assentadas no Inamps, a forte oposição das entidades do segmento médico-empresarial e ainda as pressões oriundas do campo da medicina liberal e do setor privado contratado (CORDEIRO, 1991). Esse conjunto de forças conformou um sem-número de razões para que o Prev-Saúde não se concretizasse. Os conflitos em torno dos encaminhamentos da política de saúde ganhavam o espaço da arena institucional. Em contrapartida, e significativamente, o Prev-Saúde também revelou um momento inédito de entrada do discurso reformista na arena de discussão institucional estatal da saúde. As ideias reformistas defendidas por diversos grupos de discussão da saúde começavam a se integrar em uma proposta abrangente de definição da política de saúde. Existiam, contudo, divergências de postura no encaminhamento das propostas entre os grupos de reformistas, o que também influenciou na condução da política de saúde.

Em 1980, outros mecanismos de reformulação começaram a ser encaminhados. A primeira medida tomada foi a formação, em 1981, na esfera de atuação do MPAS, do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), um grupo de trabalho específico criado no contexto da crise da previdência com a intenção de buscar respostas concretas que explicassem as razões da crise do setor.

O diagnóstico do Conasp identificou um conjunto de distorções no modelo de saúde então vigente, a saber:

- serviços inadequados à realidade;
- insuficiente integração dos diversos prestadores;
- recursos financeiros insuficientes e cálculo imprevisto;
- desprestígio dos serviços próprios;
- superprodução dos serviços contratados.

O diagnóstico apontava uma rede de saúde ineficiente, desintegrada e complexa, indutora de fraude e de desvio de recursos. A relação do Inamps, órgão responsável pela assistência médica previdenciária, com os demais serviços de assistência promovidos pelo Estado, via estados e municípios, era opaca e pouco operativa. Os serviços oferecidos pelo MS (secretarias estaduais e municipais, inclusive) funcionavam independente e paralelamente aos serviços oferecidos pelo MPAS/Inamps, o que formava uma rede pública desintegrada, sem a prévia programação do sistema. Tal fato conformava uma dificuldade a mais no planejamento dos investimentos e gastos no setor (CORDEIRO, 1991).

A partir desse diagnóstico, foram elaboradas propostas operacionais básicas para a reestruturação do setor, mas não para desmontagem do sistema. Dentre as propostas apresentadas, destacaram-se: o Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), a Programação e Orçamentação Integrada (POI), o Programa de Racionalização da Assistência Ambulatorial (PRA) e o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS).

O programa Pais, posteriormente denominado apenas Ações Integradas de Saúde (AIS), revelou-se como a estratégia mais importante rumo à universalização do direito à saúde e significou uma proposta de “integração” e “racionalização” dos serviços públicos de saúde e de articulação destes com a rede conveniada e contratada, o que comporia um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado para o atendimento. A proposta resumia-se na assinatura de convênios entre o Inamps e os estados e municípios para o repasse de recursos destinados à construção de unidades da rede com o compromisso dos governos de oferecer assistência gratuita a toda a população e não só para os beneficiários da previdência. Com essa proposta, as AIS retomavam a estratégia apresentada no Prev-Saúde e conquistavam um avanço expressivo na conformação de políticas que levaria à reforma do setor saúde, fortalecendo o princípio federativo (coordenação de ações entre a União e os estados) e a incorporação do planejamento à prática institucional. O programa era executado a partir da gestão tripartite MS/Inamps/secretarias estaduais.

Para refletir

Na proposta das AIS, o unificado referia-se à articulação das ações propostas pelo Ministério da Saúde, secretarias de saúde (estaduais e municipais) e Inamps; o regionalizado referia-se à organização de um sistema em que os municípios se comunicavam e planejavam juntos a assistência à saúde; e o hierarquizado referia-se à organização dos serviços por nível de atenção, do mais simples ao mais complexo.

Como se pode perceber, a proposta de regionalização debatida nos anos 2000 não se distancia muito do debate que iniciou todo esse processo de reforma! Reflita sobre que semelhanças e diferenças podem-se destacar.

O processo de coordenação interinstitucional e gestão colegiada concretizou-se a partir da Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), envolvendo os Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social e da Educação e Cultura. Formaram-se também as comissões interinstitucionais estaduais, regionais, municipais e locais, construindo um amplo contingente de técnicos nas secretarias estaduais e municipais envolvidos com o projeto de reforma.

Um aspecto importante a considerar nesse período foi o processo de rearticulação política dos estados e municípios. A abertura política e a retomada das eleições diretas nos estados em 1982 possibilitaram a construção de experiências de reestruturação na área da saúde nos âmbitos regional e local. Organizaram-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), fundado em 1982, e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), constituído em 1988.

A segunda proposta encaminhada foi a Programação Orçamentária Integrada (POI), que consistiu na criação de mecanismos para programação e orçamentação dos recursos para a saúde de forma integrada. Tratava-se da concepção de um instrumento integrador da política de recursos do Inamps e dos serviços estaduais e municipais.

A terceira proposta apresentada foi o Programa de Racionalização da Assistência Ambulatorial (PRA) que pretendia estabelecer uma hierarquia de prioridades assistenciais entre os postos de assistência médica (PAM do Inamps) e o conjunto de consultórios e laboratórios privados e credenciados.

O Conass e o Conasems têm exercido um papel importante na formulação e condução da reforma sanitária brasileira. O Conass começou a ser articulado em 1980 e surgiu das experiências de organização coletiva, com forte estímulo dos secretários de saúde da região Nordeste, por conta do Piass. Já o Conasems teve sua origem atrelada aos encontros municipais do setor saúde, realizados desde 1977. O Conass e o Conasems são entidades de direito privado, sem fins lucrativos: o primeiro congrega os secretários estaduais de saúde e o segundo os secretários municipais de saúde.



Visite as páginas virtuais do Conass e do Conasems para conhecer mais seu histórico e atuação: www.conass.org.br e www.conasems.org.br.

A POI e o PRA compunham juntos uma estratégia de organização e planejamento dos recursos financeiros e assistenciais, de modo a orientá-los conforme as demandas que se apresentavam. Em meados dos anos 1990, a proposta que concebia a POI foi reapresentada, mas com um outro nome – Programação Pactuada e Integrada (PPI) – e num outro contexto político-institucional.

Já a quarta proposta, o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), visou o controle de recursos para o setor privado hospitalar, a partir da introdução de um instrumento gerencial e de pagamento de contas hospitalares baseado nos procedimentos médico-cirúrgicos – a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Com esse sistema foi possível alcançar uma informatização inicial do controle das internações e, conseqüentemente, maior controle das fraudes. A AIH ainda hoje é utilizada, tendo sido empregada no controle das internações também no setor público a partir de 1991.

Os programas expressavam a conformação dos princípios básicos para uma política de saúde unificada, integrada e descentralizada. Essas propostas avançaram na discussão sobre o funcionamento do setor previdenciário e sua articulação com a saúde, incluindo os estados e municípios, e criaram condições para a discussão sobre a democratização e universalização do direito à saúde, especialmente a partir do governo da Nova República.

A política de saúde na Nova República

No governo da Nova República, a partir de 1985, a estratégia das AIS foi retomada, promovendo, junto com uma nova POI, a reformulação do sistema de saúde na lógica de uma rede unificada. Integrantes do movimento sanitário passaram a ocupar cargos de expressão no âmbito político-institucional do Estado (na Presidência do Inamps, Hésio Cordeiro; na Presidência da Fiocruz, Sérgio Arouca; na Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, Eleutério Rodrigues Neto), coordenando as políticas e negociações no setor da saúde e previdenciário.

No ano de 1986, o MS convocou técnicos, gestores de saúde e usuários para uma discussão aberta sobre a reforma do sistema de saúde, realizando, assim, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS). Essa conferência foi um marco histórico da política de saúde brasileira, pois, pela primeira vez, contava-se com a participação da comunidade e dos técnicos na discussão de uma política setorial.

A conferência reuniu cerca de 4.000 pessoas nos debates e aprovou, por unanimidade, a diretriz da universalização da saúde e o controle social

efetivo com relação às práticas de saúde estabelecidas. Após 20 anos de ditadura, conquistava-se o direito à participação; após séculos de desassistência, falava-se na definição de um modelo protetor com a garantia do direito à saúde integral (FARIA, 1997).

Foto 5 – A 8ª Conferência Nacional de Saúde



No relatório da 8ª Conferência (1986) constava:

- ▣ A saúde como direito – em seu sentido mais abrangente, a saúde passava a ser compreendida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Ressaltava-se com isso que, antes de tudo, a saúde era o resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
- ▣ A definição de direito à saúde como sinônimo da garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Este relatório, com todas as afirmações nele contidas, serviu como instrumento de pressão política no contexto da Nova República. E mais: serviu de referência na discussão da Assembleia Nacional Constituinte em 1987/88, sendo reconhecido como um documento de expressão social.

O Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde é um documento que merece ser consultado. Em comparação com os relatórios das outras Conferências, anteriores e as realizadas nos anos seguintes, este é de cunho político e propositivo, fundamentando a discussão realizada na Assembleia Nacional Constituinte de 1987 e o próprio texto constitucional de 1988.

As propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde não foram concretizadas de imediato. Após a Conferência, por iniciativa do MPAS/Inamps, foi constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que se apresentou como estratégia-ponte na construção do SUS.

O SUDS surgiu como uma proposta política formulada no interior da burocracia do Inamps, contando com o apoio dos ministros da Previdência, da Saúde e da Educação, que assinaram juntos a exposição de motivos para a criação do SUDS, em julho de 1987.

O SUDS avançou na política de **descentralização** da saúde e, principalmente, na descentralização do orçamento, permitindo maior autonomia dos estados na programação das atividades no setor; deu prosseguimento às estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde e retirou do Inamps a soma de poder que ele centralizava.

Descentralização

Na literatura própria da ciência política, o conceito de descentralização é ambíguo e vem sendo usado para descrever processos de mudança no papel do governo nacional por meio de:

1. transferência de capacidades fiscais e poder decisório sobre políticas para autoridades subnacionais de governo (movimentos de realocação);
2. transferências para outras esferas de governo da responsabilidade pela implementação de políticas definidas no nível federal (movimentos de consolidação);
3. transferência de responsabilidades e poderes públicos para (novas) instâncias administrativas próprias do governo central (desconcentração);
4. deslocamento de atribuições do governo nacional para os setores privados e não governamentais (movimentos de devolução) (FIORI, 1995; ALMEIDA, 2005).

Enquanto os três primeiros processos envolvem redefinição das ações governamentais, no quarto há redução das atividades de todas as instâncias de governo. Para diferenciá-lo de outros processos que envolvem transferência de poder, Abrucio (2006) conceitua descentralização como um processo nitidamente político, circunscrito a um Estado Nacional, envolvendo diferentes instâncias de governo.

O SUDS também foi motivo de controvérsias entre os dirigentes e reformistas dos Ministérios da Saúde e da Previdência. Enquanto os reformistas do MS pressionavam por uma política de unificação imediata da

saúde com a incorporação do Inamps, os reformistas do MPAS resistiam na passagem do órgão e definiam estratégias mais graduais para a unificação, fortalecendo especialmente os estados (FARIA, 1997).

Ao mesmo tempo que o SUDS era implementado, ocorria a discussão da Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88. Nela, o relatório da 8ª Conferência foi tomado como base para a discussão da reforma do setor saúde, e o SUS foi finalmente aprovado.

O debate constituinte foi acirrado e revelou resistências por parte dos prestadores de serviço privado do setor saúde e da medicina autônoma, além de conflitos de interesses entre os reformistas atrelados ao MS e os reformistas da previdência social. As disputas de interesse não foram suficientes para barrar a aprovação do SUS e seus princípios, mas impediram a definição de algumas políticas importantes para o processo de implementação da reforma, tais como o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema, dentre outras (FARIA, 1997).

Para praticar

Na linha do tempo contida no CD do curso é possível observar, nas diferentes constituições brasileiras já editadas, a definição legal do papel do Estado na garantia do direito à saúde e as ações previstas nesse âmbito. Procure refletir sobre os avanços relacionados à concepção da saúde em diferentes momentos políticos da nossa história.

Anote suas reflexões no Diário de Estudos.

Com a aprovação do SUS em 1988, iniciaram-se o debate e as negociações em torno da lei reguladora do SUS, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde. A lei deveria regulamentar o SUS e definir com maior nível de detalhamento seus objetivos e atribuições, aprofundar a questão do financiamento, da regulação do setor privado, da descentralização, regionalização e hierarquização do sistema, da participação popular, dentre outras. O contexto político no momento de negociação dessa lei (último ano do governo Sarney e primeiro ano do governo Collor) não possibilitou agilidade na sua aprovação; foram 390 dias de tramitação no Congresso Nacional e uma aprovação parcial da lei (Lei nº 8.080), que sofreu vetos presidenciais (Collor) nos aspectos relativos ao financiamento, participação popular, organização da estrutura ministerial, da política de cargos e salários e outras.

Três meses após a aprovação da Lei nº 8.080, foi aprovada uma outra (Lei nº 8.142), complementar a esta, definindo algumas propostas vetadas na lei original (principalmente em relação ao financiamento e à participação popular). Contudo, ainda se mantiveram, nas leis reguladoras do SUS (Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142), lacunas expressivas para a implementação efetiva da política. Nesse âmbito estão alguns dos desafios a enfrentar no processo de implantação do SUS.

Dentre as principais lacunas apresentadas na regulamentação do SUS, destacam-se:

- na política de recursos humanos:
 - indefinição de uma política de gestão do trabalho com definição de planos de cargos, carreira e salários, pisos salariais e outros;
 - indefinição de uma política de educação profissional;
 - indefinição do papel das escolas públicas submetidas ao SUS (em especial os hospitais universitários);
- na política de financiamento da saúde:
 - indefinição de percentuais de recursos da **seguridade social** e dos estados para os municípios;
 - imprecisão da política de transferência de recursos para estados e municípios.

Seguridade social é a modalidade de intervenção específica do Estado na área social. Adotada em vários países desenvolvidos, principalmente no pós-guerra, caracteriza-se pela distribuição de benefícios, ações e serviços a todos os cidadãos de uma nação, abrangendo previdência, saúde, assistência social, educação e outros direitos sociais (VIANA; LEVCOVITZ, 2005). No Brasil, a seguridade social foi instituída na Constituição de 1988, abrangendo previdência, saúde e assistência social.

Atividade do Módulo 1

No próximo módulo vamos ler um pouco mais sobre o SUS e seus princípios, para que possamos compreender os principais desafios que essa política enfrenta.

Antes disso, procure sintetizar os principais marcos da reforma sanitária que orientaram a constituição do SUS trazidos neste módulo e os possíveis interesses e disputas em jogo diante do modelo histórico da proteção social em saúde consolidado no Brasil.

Envie a atividade para seu tutor por meio da ferramenta envio de atividades no AVA.

Referências

- ALMEIDA, M. H. T. Recentralizando a federação? *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 24, p. 29-40, 2005.
- ABRUCIO, F. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento*: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006. p. 77-125.
- AURELIANO, L.; DRAIBE, S. M. A especificidade do “Welfare State” brasileiro. In: *Economia e desenvolvimento*. Brasília: Cepal, 1989. p. 85-178.
- BAPTISTA, T. W. F. *Políticas de saúde no pós-constituente*: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil. 2003. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- BIELSCHOWSKY, R. A. *Pensamento econômico brasileiro*: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo. Rio de Janeiro: Contraponto, 2004.
- BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. Brasília: Ed. UnB, 1995.
- BRAGA, J. C. de S.; PAULA, S. G. DE. *Saúde e previdência*: estudos de política social. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1986.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2003.
- BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez. 1990. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>>. Acesso em: 1 out. 2004.
- BRASIL. Presidência da República. *II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979)*. Brasília, 1974.
- CARVALHO, J. M. de. *Cidadania no Brasil*: o longo caminho. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.
- CASA DE OSWALDO CRUZ. *Guia do acervo da Casa de Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro, 1995.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., 1980, Brasília. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Anais da...* Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- CORDEIRO, H. *As empresas médicas*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- CORDEIRO, H. *O Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.

COSTA, J. F. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

COSTA, N. R. *Lutas e urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985.

DATASUS. *Informações de saúde: saúde suplementar*. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B4958C7D0E0F359G4113HIJd7L27M0N&VInclude=../site/infsaude.php>>. Acesso em: 05 fev. 2007.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.

DRAIBE, S. M. *O Welfare State no Brasil: características e perspectivas*. São Paulo: ANPOCS, 1989. (Ciências sociais hoje).

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. cap. 10, p. 385-434.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. cap. 10, p. 333-384.

ESPING-ANDERSEN, G. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. *Lua Nova*, n. 35, p. 73-111, 1995.

FARIA, T. W. *Dilemas e consensos: a seguridade social brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88: um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil*. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

FERREIRA, B. C. *Trabalhadores, sindicato, cidadania: nordeste em tempos de Vargas*. São Paulo: Estudos e Edições Ad Hominem; Natal: Cooperativa Cultural da UFRN, 1997.

FIORI, J. L. *Em busca do dissenso perdido: ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado*. Rio de Janeiro: Insight, 1995.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

HAMILTON, W.; FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 791-825, set./dez. 2003.

HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. O que há de novo?: políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, D. (Org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999. p. 73-93.

LAFER, C. O significado da república. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 214-224, 1989.

LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. *Política e gestão da saúde no Brasil: desafios para a Visa*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2003. Texto didático para o curso de atualização em gestão da vigilância sanitária para dirigentes municipais do Estado do Rio de Janeiro.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; OPAS, 2002. p. 23-116.

LIMA, N. T. *Um sertão chamado Brasil*: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional. Rio de Janeiro: Revan, 1998.

LIMA, N. T.; FONSECA, C.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva. In: LIMA, N. T. (Org.). *Saúde e democracia*: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil*: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MALLOY, JAMES M. *A política da Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário*: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

MENICUCCI, T. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil*: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

NEGRO, A. L.; FORTES, A. Historiografia, trabalho e cidadania no Brasil. In: FERREIRA, J.; DELGADO, L. A. N. (Org.). *O Brasil republicano*: o tempo do nacional-estatismo: do início da década de 30 ao apogeu do Estado Novo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

NUNES, E. *A gramática política do Brasil*: clientelismo e insulamento burocrático. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1997.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. *(Im)previdência social*: 60 anos de história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

PENA, M. V. J. Saúde nos Planos Nacionais de Desenvolvimento. *Dados*: revista de ciências sociais, Rio de Janeiro, n. 16, p. 69-96, 1977.

REIS, J. R. F. Cultura de direitos e Estado: os caminhos (in)certos da cidadania no Brasil. In: MOROSINI, M. V. G. (Org.). *Sociedade, estado e direito à saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 15-62.

RIVERA, F. J. U. Planejamento em saúde na América Latina: revisão crítica. In: RIVERA, F. J. U.; MATOS, C.; TESTA, M. (Org.). *Planejamento e programação em saúde*: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p. 13-55.

RODRIGUEZ, O. *Teoria do subdesenvolvimento da CEPAL*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981.

ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec; UNESP; Abrasco, 1994.

SANTOS, F. D. dos et al. Revisitando a Amazônia: expedição aos Rios Negro e Branco refaz percurso de Carlos Chagas em 1913. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 1996.

SANTOS, L. A. de C. O pensamento sanitarista na primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados: revista de ciências sociais*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

SANTOS, W. G. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SOLA, L. *Ideias econômicas, decisões políticas: desenvolvimento, estabilidade e populismo*. São Paulo: EDUSP; FAPESP, 1998.

SORJ, B. *A democracia inesperada: cidadania, direitos humanos e desigualdade social*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2004.

TEIXEIRA, S.M.F. (Org.). *Antecedentes da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: DAPS/Ensp/Fiocruz, 1988. Primeiro Relatório da pesquisa "Estudo das Políticas e Estratégias de construção do sistema de saúde: perspectivas da reforma sanitária".

THIELEN, E. V. et al. *Ciência a caminho da roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 1991.

VIANA, A. L. D'Á.; LEVCOVITZ, E. Proteção social: introduzindo o debate. In: VIANA, A. L. D'Á.; ELIAS, P. E.; IBÁÑEZ, N. (Org.). *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 15-57.

WEFFORT, FRANCISCO C. *Formação do pensamento político brasileiro: ideias e personagens*. São Paulo: Ática, 2006. 360 p.

2. O Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e lógica organizativa; avanços, dificuldades e desafios¹

Luciana Dias de Lima, Cristiani Vieira Machado e José Carvalho de Noronha

Neste módulo são tratados os principais aspectos que orientaram e influenciaram a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, são identificados as origens e os marcos legais e normativos para a conformação do sistema, ressaltando a abrangência e profundidade das mudanças propostas na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde. Em seguida, apresenta-se o arcabouço institucional e decisório do SUS e discute-se a importância da regulamentação nacional do processo de descentralização de responsabilidades e funções para os municípios e estados brasileiros.

Posteriormente, sugere-se a diversidade das ações e serviços que compõem o sistema e suas implicações para atuação do Estado na saúde. Enfatizam-se, ainda, alguns fatores estruturais e conjunturais que condicionam a política de saúde desde o início dos anos 1990. À luz desses fatores, é feito um breve balanço dos avanços e dificuldades enfrentadas em diferentes âmbitos estratégicos para a implantação do SUS, destacando-se alguns desafios por resolver.

Princípios e diretrizes do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de princípios e

¹ Este módulo consiste em uma versão adaptada do capítulo *O Sistema Único de Saúde – SUS*, de autoria de José Carvalho de Noronha, Luciana Dias de Lima e Cristiani Veira Machado, do livro *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, José Carvalho de Noronha e Antônio Ivo de Carvalho e publicado pela Editora Fiocruz em 2008 e 2012 (2ª edição).

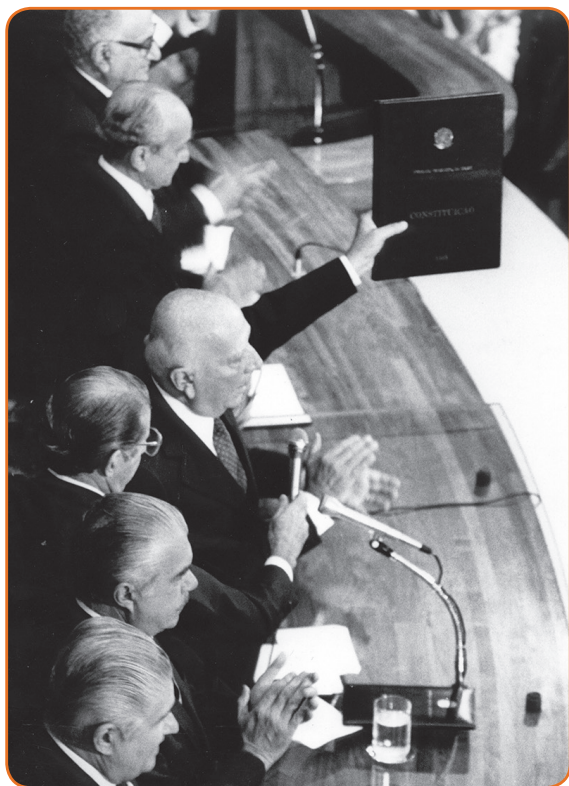
diretrizes válidos para todo o território nacional, nasce de experiências prévias de reformas e de um intenso debate envolvendo a participação de entidades da sociedade civil organizada que culminaram na aprovação da Constituição Federal de 1988.

Para refletir

Afinal, o que é para você o Sistema Único de Saúde?
Qual a importância do SUS frente à concepção de saúde inscrita na Constituição de 1988?

Mesmo com divergências em relação ao conteúdo de algumas das propostas (BAPTISTA, 1998), foi durante o processo constituinte, que se logrou instituir uma coalizão parlamentar capaz de introduzir no Título VIII – Da Ordem Social, um Capítulo (II) específico sobre a seguridade social (BRASIL, 1988). O conteúdo ideológico desse capítulo demonstra a preocupação com o bem-estar, a igualdade e a justiça na sociedade, realizados pelo exercício dos direitos sociais.

Foto 1 – Em discurso histórico, Ulysses Guimarães comemora a promulgação da Carta de 1988



No Artigo 194, a Constituição conceitua e estabelece os princípios da Seguridade Social. Ela “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Compete ao Poder Público organizá-la em uma lógica universalista e equitativa, financiada por fontes diversificadas de receitas de impostos e contribuições sociais, dos orçamentos da União, estados e municípios.

Nesse contexto, de tentativa de articulação e integração das políticas sociais, foram estabelecidos os fundamentos que, pela primeira vez em nossa história, orientaram a inscrição da saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do Estado. Cabe destacar a concepção ampla da saúde adotada na Constituição de 1988, garantida mediante “políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Para dar materialidade à política de saúde, a Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), definido na Lei nº 8.080 de 1990 como “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Estão incluídas nesta definição:

1. Atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, voltadas para a promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças.
2. Serviços prestados no âmbito ambulatorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geridos pelos governos (quer seja pelo governo federal, estaduais ou municipais), bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar.
3. Ações de distintas complexidades e custos, que variam desde aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia) até cirurgias cardiovasculares e transplantes.
4. Intervenções ambientais no seu sentido mais amplo, incluindo as condições sanitárias nos ambientes da vida e de trabalho, e na produção e circulação de bens e serviços, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental.
5. Instituições públicas voltadas para o controle da qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para a saúde.

Explicita-se que, quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços prestados pela iniciativa privada. A participação complementar dos serviços privados deve ser realizada mediante o estabelecimento de contratos e convênios, sendo observadas as normas de direito público, os princípios éticos e a regulamentação expedida pelos órgãos de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento, controle e fiscalização.

O SUS, portanto, não é composto somente por serviços públicos, mas integra uma ampla rede de serviços privados, principalmente hospitais e unidades de diagnose e terapia, que são remunerados a partir dos recursos públicos destinados à saúde. O financiamento oriundo de receitas arrecadadas pelo Estado permite que as ações e serviços prestados no âmbito do SUS sejam oferecidos de forma gratuita no momento do atendimento, sem que os usuários tenham que comprovar qualquer forma de contribuição financeira prévia.

Em que pese o caráter público do SUS assegurado pela origem estatal dos recursos para seu financiamento, a saúde é livre à iniciativa privada no Brasil. Isso permite a coexistência de vários segmentos ou subsistemas de serviços, que se distinguem por vias de acesso e fontes de financiamento (planos e seguros de saúde, sistemas de “clientelas fechadas” e provedores privados autônomos), auferindo um caráter plural ao nosso sistema de saúde. Tal característica também diferencia a experiência brasileira de outros países que adotam modelos similares para organização de seus sistemas públicos de saúde, em que a presença do segmento privado não é um aspecto tão marcante.

Os principais princípios e diretrizes do SUS estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990) são:

1. Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência.

O acesso universal é a expressão de que todos têm o mesmo direito de obter as ações e serviços de que necessitam, independentemente da complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. Ele implica a substituição do modelo contributivo que vigorou por um longo período no Brasil e condicionava o acesso dos contribuintes da Previdência Social – inicialmente compostos por determinadas categorias profissionais e, posteriormente, pelos trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho – aos serviços públicos e privados credenciados ao sistema previdenciário. Com a universalidade, as condições socioeconômicas da população não devem implicar acesso diferenciado a determinados tipos de serviços, pois os riscos de adoecimento e o financiamento passam a ser repartidos de forma solidária, sendo de responsabilidade de toda a sociedade.

2. Igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Esse princípio reitera que não pode existir discriminação no acesso aos serviços de saúde, isto é, não é aceitável que somente alguns grupos, por razões relacionadas a renda, cor, gênero ou religião, tenham acesso a determinados serviços e outros não. Somente razões relacionadas às necessidades diferenciadas de saúde devem orientar o acesso ao SUS e a escolha das técnicas a serem empregadas no cuidado das pessoas.

3. Integralidade da assistência. A integralidade é entendida, nos termos da Lei, como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do

sistema. A ideia é que as ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças não sejam dissociadas da assistência ambulatorial e hospitalar voltadas para o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Por isso, os profissionais de saúde e os gestores do SUS devem empenhar-se em organizar as práticas dos serviços de modo a permitir que essa integração ocorra. No âmbito mais geral da política de saúde, a integralidade também remete à articulação necessária entre as políticas de cunho econômico e social no sentido de atuar sobre os determinantes do processo saúde e doença e garantir as condições satisfatórias de saúde da população.

São gestores do SUS os representantes no âmbito dos municípios, estados, Distrito Federal e União designados para o desenvolvimento das funções de competência do Poder Executivo na área da saúde.

Cada uma das estruturas que compõem a direção do SUS nas diferentes esferas de governo possui uma organização própria. Independentemente da existência de uma autoridade sanitária (ministro ou secretários de Saúde), essas estruturas possuem órgãos gestores, com diferentes cargos de direção e chefia, que participam e são corresponsáveis pela gestão do SUS, em coerência com as funções que lhes foram atribuídas em regulamentação específica.

A discussão sobre as funções e divisão de responsabilidades entre os gestores do SUS será abordada na Unidade de Aprendizagem VIII.

4. **Participação da comunidade.** A participação da comunidade é a garantia de que a população, por intermédio de suas entidades representativas, possa participar do processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação das ações e serviços de saúde executados nas diferentes esferas de governo. A materialização desse princípio se expressa no âmbito do SUS pela constituição dos Conselhos de Saúde e a realização das Conferências de Saúde, que representam um canal permanente de diálogo e interação entre os gestores, os profissionais de saúde e a população.
5. **Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com:** a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. A descentralização com comando único implica que os governos estaduais e, particularmente, os municipais, tenham maior responsabilidade e autonomia para decidir e implementar ações e serviços de saúde.

Ela tem como propósito promover a democratização do processo decisório e aumentar a capacidade de resposta dos governos em relação aos problemas de saúde de uma dada comunidade.

No entanto, visto que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no território e no tempo e envolvem tecnologias de diferentes níveis de especialização, densidade tecnológica e custo, faz-se necessário organizar a rede de serviços do SUS de modo que ela ofereça os procedimentos necessários sem ociosidade. Para isso, é preciso definir o perfil das unidades por níveis de atenção (hierarquização) e distribuí-las geograficamente (regionalização).

Em um nível mais básico estariam os serviços dotados de tecnologias e profissionais para realizar os procedimentos mais frequentemente necessários (ex.: vacinas, consultas com médicos generalistas, com médicos das especialidades básicas e outros profissionais de saúde, parto normal). Esses serviços deveriam se distribuir o mais amplamente possível em todo o território nacional. Em um nível mais especializado ou complexo, estariam situados os hospitais, os ambulatórios e as unidades de diagnose e terapia capazes de realizar aqueles procedimentos menos frequentemente necessários, para os quais não é aceitável ociosidade dadas as implicações sobre os custos crescentes sobre o sistema e da qualidade da assistência prestada (ex.: cirurgia cardíaca, ressonância nuclear magnética, transplantes de medula óssea).

A questão sobre a articulação dos gestores do SUS voltará a ser abordada neste livro, na Unidade de Aprendizagem VIII.

A regionalização e a hierarquização determinam que os usuários sejam encaminhados para unidades mais complexas do sistema quando necessário e que possam retornar à sua unidade de origem (correspondente a um nível mais básico do sistema) para acompanhamento (mecanismo de referência e contrarreferência). Isso implica um fluxo adequado de informações entre as unidades que compõem o sistema, sejam elas hospitais ou postos de saúde, públicas ou privadas credenciadas ao SUS, situadas em diferentes municípios ou estados. A articulação de diferentes gestores para promover a integração da rede de serviços do SUS que transcenda o espaço político-administrativo de um município ou estado é uma questão bastante complexa e esbarra em uma série de dificuldades políticas e operacionais.

Para refletir

Como tem se desenvolvido o fluxo de informações entre as unidades do sistema de saúde em sua região? Quais problemas você pode destacar, a partir de sua experiência, que dificultam o adequado funcionamento e a integração da rede de serviços do SUS em sua região?

Dada a abrangência das ações e serviços previstos no SUS, as determinações legais relativas ao âmbito de atuação do Estado na saúde são também bastante amplas. Além da organização e prestação da atenção à saúde, compete ao Poder Público: a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador; a ordenação de recursos humanos para a saúde; a fiscalização e produção de insumos para a saúde; e a participação em outras políticas relevantes, como a de saneamento básico, fiscalização de produtos e proteção ao meio ambiente. Ressalte-se que várias responsabilidades do Estado na área da saúde implicam parceria com outros setores de governo, como o desenvolvimento científico e tecnológico, a formação de recursos humanos, a provisão e regulação de insumos para a saúde, a política industrial, de urbanização, saneamento e educação, entre outros.

Os dispositivos acima mencionados têm as seguintes implicações para a inserção do SUS como uma política de Estado:

- a) a responsabilidade pela situação de saúde não é apenas setorial;
- b) as políticas econômicas e sociais devem estar orientadas para a eliminação ou redução de riscos para a saúde;
- c) é fundamental a integração das políticas de saúde com as demais políticas públicas e;
- d) é necessária a atuação integrada das três esferas de governo no âmbito do SUS.

O Quadro 1 resume os princípios e diretrizes do SUS como expressão dos direitos dos cidadãos brasileiros e dever do Estado.

Quadro 1 – Síntese dos principais princípios e diretrizes do SUS

Princípios e diretrizes do SUS	Direitos dos cidadãos	Deveres do Estado
Universalidade no acesso e igualdade na assistência.	Igualdade de todos às ações e serviços necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde.	Garantia das ações e serviços necessários a toda a população, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, independente da natureza das ações envolvidas, da complexidade e custo do atendimento.
Integralidade na assistência.	Acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços resolutivos, preventivos e curativos, individuais e coletivos, de diferentes complexidades e custos, que reduzam o risco de doenças e agravos e proporcionem o cuidado à saúde.	Garantia ao indivíduo e à coletividade de condições de atendimento adequadas, de acordo com as necessidades de saúde, tendo em vista a integração das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Articulação da política de saúde com outras políticas públicas como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida das pessoas.
Participação da comunidade.	Participação na formulação, fiscalização e acompanhamento da implantação de políticas de saúde nas diferentes esferas de governo.	Garantia de espaços que permitam a participação da sociedade no processo de formulação e implantação da política de saúde. Transparência no planejamento e prestação de contas das ações públicas desenvolvidas.
Descentralização, regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde.	Acesso a um conjunto de ações e serviços localizados em seu município e próximos à sua residência ou trabalho condizentes com as necessidades de saúde. Atendimento em unidades de saúde mais distantes, situadas em outros municípios ou estados, caso isso seja necessário para o cuidado à saúde.	Garantia de um conjunto de ações e serviços que supram as necessidades de saúde da população e apresentem elevada capacidade de resposta aos problemas apresentados, organizados e geridos pelos diversos municípios e estados brasileiros. Articulação e integração de um conjunto de ações e serviços de distintas naturezas, complexidades e custos situados em diferentes territórios político-administrativos.

Fonte: Adaptado de Noronha, Lima e Machado (2008).

Para praticar

Que outros princípios e diretrizes regem o SUS?

Pesquise na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990) outros dispositivos legais não mencionados neste módulo que tenham implicações para a organização do SUS e para a atuação do Estado na saúde.

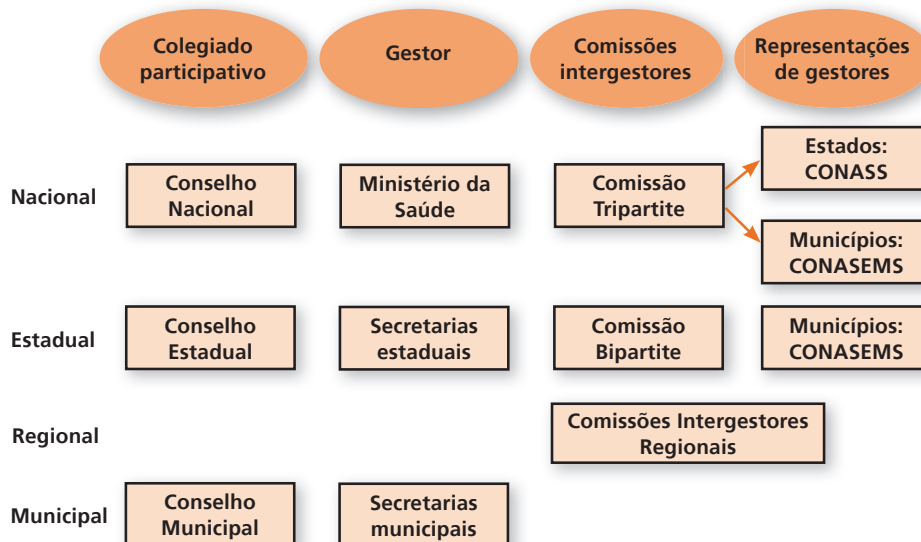
Configuração institucional do SUS: instâncias decisórias e estrutura de gestão

O modelo institucional proposto para o SUS é ousado no que concerne à tentativa de concretizar um arranjo federativo na área da saúde e fortalecer o controle social sobre as políticas de forma coerente com os princípios e diretrizes do sistema.

O modelo pressupõe uma articulação estreita entre a atuação de:

- gestores do sistema em cada esfera de governo;
- instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação dos gestores das diferentes esferas, a Comissão Intergestores Tripartite (no âmbito nacional) e as Comissões Intergestores Bipartites (uma por estado) e, mais recentemente, a Comissão Intergestores Regional (no âmbito regional, com número variável em função do desenho regional adotado em cada estado);
- conselhos de representação dos secretários de saúde, estaduais e municipais, no âmbito nacional (respectivamente, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e dos secretários municipais de saúde, em âmbito estadual (Conselhos de Secretários Municipais de Saúde);
- conselhos de saúde de caráter participativo no âmbito nacional, estadual e municipal. A Figura 1 sistematiza o arcabouço institucional e decisório vigente no SUS.

Figura 1 – Arcabouço institucional e decisório do SUS



Fonte: Adaptado de Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2002).

O arranjo institucional do SUS, portanto, prevê uma série de instâncias de pactuação que envolvem diferentes esferas de governo e diversos segmentos da sociedade. Tal arranjo permite que vários atores, mesmo os não diretamente responsáveis pelo desempenho de funções típicas da gestão dos sistemas, participem do processo decisório sobre a política de saúde. O exercício da gestão pública da saúde é cada vez mais compartilhado por diversos entes governamentais e não governamentais e exige a valorização e o funcionamento adequado dos espaços de representação e articulação dos interesses da sociedade.

Arretche (2003) sugere que a complexa estrutura institucional para a tomada de decisões no SUS, ainda não plenamente explorada pelos atores diretamente interessados em suas ações, pode contribuir para a realização dos objetivos da política de saúde, bem como propiciar respostas aos desafios inerentes à sua implementação.

Descentralização, federalismo e construção de capacidades gestoras no SUS

Na Unidade de Aprendizagem VIII serão aprofundados os aspectos referentes à atuação dos gestores do SUS, das comissões intergestores, dos conselhos de representação dos secretários de saúde e dos conselhos participativos na saúde.

Ao mesmo tempo que aspira a ser nacional na garantia do direito à saúde, o SUS deve ser descentralizado na responsabilidade da prestação da atenção à saúde. O processo de descentralização em saúde predominante no Brasil é do tipo político-administrativo. Assim, envolve não apenas a transferência da gestão de serviços públicos, mas também de poder decisório, da responsabilidade sobre o conjunto de prestadores do SUS e de recursos financeiros, antes concentrados no nível federal, para estados e, principalmente, para os municípios. A década de 1990 testemunhou a passagem de um sistema centralizado para um cenário em que milhares de governos municipais passaram a ter uma atuação extremamente importante no campo da saúde.

Vale ressaltar que, na agenda da reforma sanitária brasileira, a diretriz de descentralização esteve sempre atrelada a valores mais abrangentes, sendo concebida como uma estratégia para a democratização e incorporação de novos atores sociais (TEIXEIRA, 1990) e também como elemento fundamental para a universalização, a integralidade e a construção do próprio sistema de saúde, implicando o estabelecimento de novas relações entre esferas de governo, entre instituições e entre serviços (VIANA, 1995). Por outro lado, a descentralização como meio para atingir determinados objetivos é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com algumas ideias fortalecidas nos anos 1990, que vão de encontro

à ampliação do papel do Estado e dos direitos na área da saúde. É por isso que alguns autores afirmam que os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado, ainda que fundados em bases político-ideológicas diferentes, geraram um certo consenso acerca da descentralização e favoreceram o avanço desse processo no âmbito do SUS, ainda que com contornos diferentes do projeto original da reforma sanitária (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Para refletir

Tendo em vista os princípios e diretrizes do SUS, que implicações a descentralização com ênfase para os municípios têm para a implantação da política de saúde em todo o território nacional?

Quais os desafios associados à descentralização da saúde considerando-se as características da federação brasileira?

A experiência brasileira de descentralização do SUS revela a complexidade de consolidar nacionalmente os princípios e diretrizes da política de saúde em um país de dimensões continentais e em uma federação que se distingue por (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2007; LIMA, 2007):

- a) origem formal há mais de um século, porém com caráter ainda “em construção” em face dos longos períodos de autoritarismo centralizador na história do país e das transformações democráticas a partir dos anos 1980;
- b) forte cultura centralizadora, com predomínio da oligarquização do poder local;
- c) importância dos governadores no sistema político, particularmente pela influência política que exercem sobre suas bancadas no Congresso, sobre as eleições municipais e a conformação dos partidos, o que, entretanto, não significa um poder igualmente expressivo das esferas estaduais em todas as áreas da política pública;
- d) reconhecimento dos governos locais (os municípios) como entes federativos a partir da Constituição de 1988, acompanhado de importante processo de descentralização de encargos sociais, de poderes políticos, legislativos e tributários;
- e) predomínio de competências comuns aos três entes no terreno das políticas sociais, do caráter concorrente entre a União e estados no que diz respeito à temática legislativa, associado à insuficiência dos mecanismos de articulação e coordenação das ações governamentais desenvolvidas;

- f) existência de mais de 5 mil municípios (90% do total) de pequeno ou médio porte, com limitadas condições para desenvolver todas as responsabilidades sobre as políticas públicas que lhes são atribuídas;
- g) marcantes desigualdades políticas, institucionais e socioeconômicas entre regiões, estados e principalmente entre municípios do país.

A especificidade da federação brasileira

Federação é sinônimo de Estado federal, isto é, o Estado em que coexistem entes federados que gozam de poder constitucionalmente definido e assegurado, à diferença dos países unitários, em que todo o poder emana do governo central, que pode ou não transferi-lo para as unidades territoriais.

Em um sistema federativo, portanto, a autoridade política e administrativa do Estado é distribuída territorialmente, de tal forma que o governo nacional e os subnacionais têm poderes únicos, comuns e concorrentes para legislar e governar sobre o mesmo território e as mesmas pessoas.

Por isso, alguns autores definem o federalismo como um conjunto de instituições políticas que dão forma à combinação de dois princípios: autogoverno e governo compartilhado (ELAZAR, 1987). A adoção formal de um sistema político federativo implica a existência de regras nacionais e de regras definidas no âmbito das unidades subnacionais, em uma relação que envolve interdependência e autonomia relativa. Em outras palavras, requer que, em um dado país, se compatibilizem mecanismos de concentração de poder (em nome da integração política e da equidade social) com a dispersão de poder (em nome do respeito às autonomias e diversidades regionais e locais).

O desafio da soberania compartilhada é essência do próprio federalismo. Isso implica que, na implementação das políticas sociais, as relações intergovernamentais assumam formas peculiares, caracterizadas tanto pela negociação entre esferas de governo quanto pelo conflito de poder, no cerne do qual está a definição do grau de jurisdição política autônoma do governo nacional e dos governos subnacionais (ALMEIDA, 2001).

 Em 2013, foram criados mais 5 municípios – 2 com menos de 5 mil habitantes, 2 com menos de 10 mil e um com 15 mil - elevando o número total a 5.570. Entre os estados de maior população, o número de municípios varia entre 853 em Minas Gerais (população total de 20,5 milhões) e 92 no Rio de Janeiro (16,4 milhões de habitantes)

Tabela 1 – Distribuição dos municípios segundo faixa populacional. Brasil – 2010

Faixa populacional	Nº de municípios	%
até 5 mil	1.301	23,4
> 5 mil até 10 mil	1.212	21,8
> 10 mil até 20 mil	1.401	25,2
> 20 mil até 50 mil	1.043	18,7
> 50 mil até 100 mil	325	5,8
> 100 mil até 500 mil	245	4,4
> 500 mil	38	0,7
Total	5.565	100,0

Fonte: FIBGE (2010).

A descentralização do SUS esbarra em dificuldades institucionais e de financiamento, e o próprio avanço do processo evidencia problemas estruturais do sistema de saúde. As características do sistema descentralizado são heterogêneas no território nacional frente às diferentes capacidades financeiras, administrativas, técnicas e operacionais para a prestação da atenção à saúde e às distintas disposições políticas de governadores e prefeitos, o que torna relevante compreender e gerar as condições adequadas para que o processo de descentralização ocorra com sucesso (SOUZA, 2002).

Arretche (2000) assinala que, em países heterogêneos como o Brasil, estratégias de indução eficientemente desenhadas e implementadas pela esfera de governo interessada em descentralizar, que obtenham a adesão das demais esferas, podem compensar obstáculos estruturais de estados e municípios e melhorar a qualidade da ação desses governos, na medida em que tendam a minimizar custos ou ampliar benefícios relacionados à assunção de novas responsabilidades.

Na mesma linha, Abrucio (2006) observa que a garantia da implantação de políticas nacionais requer a adoção de mecanismos de coordenação federativa, compreendida como formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta que resultem na instauração de parcerias aprovadas pelos entes federativos. Para esse autor, a descentralização em cenário federativo é bem complexa, pois envolve jogos de cooperação e competição, acordos e vetos entre instâncias de governo, frequentemente antagônicos na disputa política.

Depreende-se que a consolidação de um sistema público e universal fortemente orientado pela diretriz de descentralização, em um país federativo, imenso e heterogêneo como o Brasil, suscita desafios importantes. A política de saúde no Brasil contou com o desenvolvimento de instrumentos próprios para acomodação dos distintos interesses e para administração das tensões federativas existentes, tendo em vista o fortalecimento da capacidade institucional dos municípios e estados na saúde. A condução e a coordenação estratégica do processo de descentralização foram realizadas pelo Ministério da Saúde.

A base da regulação federal sobre a descentralização é a normatização – consubstanciada pela edição anual de dezenas de portarias pelas diversas áreas do ministério e demais entidades federais – em geral associadas a mecanismos financeiros de incentivo ou inibição de políticas e práticas pelos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviços. Sobre essa base se associam outras formas de regulação, tais como: apoio e capacitação técnica dos gestores estaduais e municipais, divulgação de

propostas e instrumentos técnicos de gestão, capacitação de recursos humanos para o SUS, controle e avaliação de sistemas, serviços e práticas, financiamento de pesquisas, regulação de mercados relacionados à saúde, implementação de novas estruturas de regulação da rede de serviços, entre outros (MACHADO, 2007).



A base de regulamentação e a situação de adesão dos municípios e estados ao Pacto pela Saúde podem ser obtidas no endereço eletrônico do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/>.

Sem desconsiderar a importância dos vários instrumentos utilizados e seus impactos sobre a gestão descentralizada do sistema de saúde, as Normas Operacionais (NO) do SUS, o Pacto pela Saúde e mais recentemente o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), ocupam papel de destaque na regulação nacional da descentralização. Nos anos 1990, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1992 (similar à anterior), de 1993 e de 1996. Na década de 2000, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) nas versões 2001 e 2002; em 2006, as portarias relativas ao Pacto pela Saúde e em 2011 o Decreto 7508 que institui o COAP (Quadro 2).

O Pacto pela Saúde e o COAP

O Pacto pela Saúde compreende um conjunto de compromissos estabelecidos entre os gestores da saúde das três esferas de governo, com o objetivo de fortalecimento do SUS. A proposta do Pacto foi construída durante três anos, por meio de muita negociação entre os representantes do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems no âmbito nacional e publicada em fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006, vol. 1-3).

O documento de diretrizes do Pacto apresenta uma série de orientações e estratégias organizadas em três eixos:

I. o Pacto pela Vida, que propõe um conjunto de metas relativo a seis problemas ou áreas prioritárias para a saúde:

- a) saúde do idoso;
- b) controle do câncer do colo de útero e de mama;
- c) redução da mortalidade infantil e materna;
- d) fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- e) promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável;
- f) fortalecimento da Atenção Básica.



II. o Pacto em Defesa do SUS, que traz compromissos políticos que os gestores devem assumir, de luta pelos princípios e pela consolidação do SUS;

III. o Pacto de Gestão, que reúne proposições direcionadas ao fortalecimento do planejamento, da regionalização, da gestão do trabalho e da formação dos profissionais de saúde, entre outros.

O Pacto pela Saúde veio substituir a lógica anterior de regulamentação da descentralização das responsabilidades e dos recursos no SUS, que se baseava em processos de habilitação de estados e municípios segundo critérios estabelecidos por normas operacionais federais (condições de gestão). A lógica subjacente ao Pacto é de maior compartilhamento decisório e repartição de responsabilidades por meio do estabelecimento de Termos de Compromisso de Gestão entre as três esferas de governo, que respeitem a diversidade locorregional do país.

Assim, o Pacto pela Saúde teve implicações importantes no que concerne às relações intergovernamentais na saúde, ao financiamento e à regionalização no SUS. A regionalização é bastante enfatizada na normativa do Pacto, que propôs a conformação dos Colegiados de Gestão Regional como uma estratégia importante para fortalecer a conformação e o planejamento integrado de redes de atenção à saúde no território. Com a publicação do Decreto 7508/2011, tem-se a unificação dos instrumentos do Pacto em um contrato, o COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública, instrumento de pactuação entre entes federativos para a constituição de redes de atenção, de acordo com o desenho regional adotado em cada estado. Os Colegiados de Gestão Regional passam a se constituir como os Colegiados Intergestores Regionais (CIR).

O processo de elaboração e implementação das portarias voltadas à regulação nacional da descentralização foi marcado por intenso debate e negociação envolvendo as três esferas de governo e o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Pode-se dizer que elas refletiram o acordo estabelecido em um dado momento na formulação da política nacional de saúde no que tange à descentralização. De caráter transitório, as portarias federais (incluindo as normas operacionais) foram sendo complementadas (detalhadas e alteradas) e sucessivamente substituídas, apresentando diferenças importantes entre si. Pode-se afirmar que, desde 1993, as portarias que regulamentam o processo de descentralização definem:

1. Diferentes atribuições gestoras do nível federal, estadual e municipal sobre o planejamento e programação da atenção à saúde, pagamento, execução, controle, avaliação e auditoria das ações e serviços prestados no âmbito do SUS.
2. Mecanismos de relacionamento e espaços de negociação entre os gestores do SUS.
3. Responsabilidades e respectivas prerrogativas financeiras (modalidades de transferência de recursos federais de custeio e de remuneração de serviços) associadas às diferentes condições de gestão de estados e municípios. Com a instituição do COAP são criadas novas estratégias e instrumentos para o estabelecimento de metas e responsabilidades para a constituição da rede de atenção em uma determinada região. Por ser um processo bastante recente, atualmente encontra-se em fase de transição dos instrumentos do Pacto pela Saúde para o COAP.

As contradições geradas pela tentativa de tornar compatível o processo de descentralização com a integração das ações e serviços de diferentes níveis de complexidade, situados em distintos espaços geográficos e territórios político-administrativos (que chamaremos aqui de racionalidade sistêmica), as formas de organização e prestação da atenção à saúde (modelos de atenção à saúde), o financiamento (entre esferas de governo e dos prestadores privados) e a divisão de responsabilidades e formalização de compromissos entre as esferas de governo na gestão dos sistemas e serviços de saúde (acordo federativo) induzem a mudanças subsequentes. São justamente as contradições existentes na interação dessas três variáveis que conformam, tensionam e desatualizam os procedimentos em vigor e orientam a formulação e implementação de novos instrumentos, como pode ser visto resumidamente no Quadro 2.

Quadro 2 – Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS: racionalidade sistêmica, formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS, modelos de atenção à saúde e acordo federativo

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS	Modelos de atenção	Acordo federativo
1990 a 1994	NOB 91/92	Ausente	Única forma utilizada: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada.	Ausente	Negociações em âmbito nacional por meio dos Conselhos de Representação dos Secretários Estaduais (Conass) e Municipais (Conasems) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Quadro 2 – Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS: racionalidade sistêmica, formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS, modelos de atenção à saúde e acordo federativo (cont.)

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS	Modelos de atenção	Acordo federativo
1994 a 1998	NOB 93	Fraca: vinculada às iniciativas e negociações municipais isoladas.	Forma preponderante: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada. Forma residual: transferências em bloco (<i>block grants</i>) segundo montante definido no teto financeiro.	Definição de responsabilidade sobre algumas ações programáticas e de vigilância (sanitária e epidemiológica) para a condição de gestão mais avançada vigente (semiplena).	Negociações em âmbito nacional e estadual, por meio dos Conselhos de Representação dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Iniciativas isoladas de consórcios. Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS.
1998 a 2002	NOB 96	Moderada: vinculada às iniciativas e negociações intermunicipais, com participação e mediação da instância estadual (Programação Pactuada e Integrada – PPI).	Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas (<i>project grants</i>) por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas.	PACS/PSF Programas e projetos prioritários para controle de doenças e agravos (carências nutricionais, catarata, varizes, atenção de urgência/emergência, doenças infecciosas, vigilância sanitária, atenção à população indígena)	Negociações em âmbito nacional e estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex.: CIBs regionais). Iniciativas isoladas de consórcios. Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS e da PPI.
2002 a 2005	NOAS 2001/2002	Forte: vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados nos módulos assistenciais pelo nível federal e às iniciativas e negociações intermunicipais sob coordenação da instância estadual (PPI, Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos).	Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas (<i>project grants</i>) por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas, incluindo a definição de referências intermunicipais.	Manutenção dos dispositivos anteriores e: Definição das responsabilidades mínimas e conteúdos para a atenção básica Redefinição de procedimentos da atenção de média complexidade Redefinição de procedimentos da atenção de alta complexidade Criação de protocolos para assistência médica	Negociações em âmbito nacional e estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex.: CIBs regionais). Iniciativas isoladas de consórcios. Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS, da PPI e de experiências de contrato de gestão isoladas. Implantação de mecanismos de avaliação de resultados (Agenda da Saúde, Pacto da Atenção Básica).

Quadro 2 – Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS: racionalidade sistêmica, formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS, modelos de atenção à saúde e acordo federativo (cont.)

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS	Modelos de atenção	Acordo federativo
A partir de 2006	Pactos pela Saúde	Forte: vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados no processo de regionalização da saúde conduzidos no âmbito estadual com pactuação entre os gestores.	Transferências em cinco grandes blocos segundo nível de atenção à saúde, tipo de serviço e funções – em fase de implantação.	Definição das responsabilidades em todos os níveis de atenção.	Negociações em âmbito nacional e estadual. Fomento à expansão das experiências de negociação regional e compartilhamento da gestão dos sistemas de saúde por meio da implantação dos Colegiados de Gestão Regionais. Formalização dos acordos entre gestores por meio da PPI, da assinatura de termos de compromissos entre os gestores no âmbito do Pacto de Gestão e do Pacto pela Vida. Implantação de mecanismos de monitoramento e avaliação dos compromissos pactuados.
A partir de 2011	Decreto 7508/11 Lei 12.466/11 Lei Complementar 141/12	Forte: vinculada à definição de estratégias, metas, incentivos, sanções e responsabilidades para a constituição de redes de atenção numa dada região, com a finalidade de garantir assistência integral aos usuários do SUS, a serem pactuados e expostos em contrato, o COAP. O conjunto de ações e serviços a serem pactuados na região de saúde tem como base a RENASES (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde) e RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais).	Definição dos critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, Municípios e Distrito Federal, com o objetivo de reduzir disparidades regionais; definição da normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. Cabe a União aplicar em saúde o valor do ano anterior acrescido da variação do PIB (a União é o único ente que não aplica percentuais sobre receitas ou sobre o PIB). Criação do incentivo anual de desempenho do COAP no Bloco de Gestão, com possibilidade de, em caso de descumprimento do contrato, realocação de recursos.	Definição do conteúdo mínimo de ações e serviços nas Regiões de Saúde: ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Definição do Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica como documentos a serem seguidos pelos gestores do SUS. Redefinição do conteúdo e periodicidade de atualização da RENASES e RENAME.	Negociações em âmbito nacional e estadual. Celebração de acordo de colaboração entre União, Estados e Municípios para organização do sistema de saúde nas Regiões de Saúde, formalizados através da assinatura de contratos (COAP). Definição das Comissões Intergestores Regional (CIR) como espaço interfederativo de discussão e pactuação regional. Monitoramento e avaliação da execução do COAP por meio do Relatório de Gestão Anual.

A diversidade territorial da atenção à saúde no SUS

Embora o SUS seja regido pelos mesmos princípios e diretrizes gerais, a forma como o sistema de atenção à saúde se materializa no território (incluindo as diferentes regiões, estados e municípios brasileiros) varia significativamente. Diferentes fatores explicam a diversidade do SUS.

Em primeiro lugar, ressalta-se que a abrangência das ações desenvolvidas influencia os modos de organização dos serviços de saúde. A assistência à saúde, por exemplo, pode ser realizada no âmbito ambulatorial e hospitalar, nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e no espaço domiciliar. No caso da vigilância epidemiológica e sanitária, as ações envolvem outros ambientes de trabalho e convívio das pessoas, bem como da produção e circulação de bens, mercadorias e serviços. Um conjunto diversificado de profissionais, com formação e atribuições específicas em distintas áreas da saúde, e tecnologias de diferentes complexidades e custos estão envolvidas na atenção à saúde. As ações também podem ser direcionadas para o controle e atendimento de agravos (tuberculose, hanseníase, doença sexualmente transmissível, Aids, diabetes, hipertensão arterial, violência), para determinados grupos populacionais (mulher, criança, idoso, gestante, indígenas) ou para áreas da atenção à saúde selecionadas (assistência oncológica, saúde bucal, saúde mental).

Assim, diferentes lógicas de organização dos serviços de saúde podem ser observadas no SUS, sendo orientadas segundo critérios diversos: tipos de serviços envolvidos (ambulatoriais, hospitalares de diversos tipos, domiciliares, urgência e emergência), níveis de complexidade da atenção à saúde (atenção básica, média e alta complexidade), direcionalidade das ações desenvolvidas (agravos, grupos populacionais e áreas específicas da atenção à saúde) e modelos de prestação do cuidado à saúde (Estratégia de Saúde da Família). Existem tensões entre essas distintas lógicas de organização dos serviços, que muitas vezes não se coadunam e expressam propostas de planejamento e financiamento da saúde conduzidas de forma fragmentada pelas esferas de governo.

Em segundo lugar, é preciso considerar que a forma como foi moldada a descentralização no SUS permitiu que as regras nacionalmente construídas para a condução desse processo fossem adaptadas, respeitando-se o processo de negociação e pactuação entre estados e municípios. Nesse sentido, diferentes acordos foram estabelecidos em relação à repartição de responsabilidades sobre a gestão do sistema e serviços de

saúde. A divisão de funções na prestação direta de serviços de saúde respeitou, em muitos casos, o nível de complexidade dos estabelecimentos de saúde, a natureza dos serviços oferecidos (se ambulatoriais ou hospitalares) e sua abrangência (local, regional ou estadual). Isso faz com que, mesmo tendo os municípios assumido um papel preponderante na oferta de serviços públicos de saúde, pelo menos no que se refere às unidades com internação a função desempenhada pelas instâncias estaduais e, em menor proporção, pelo nível federal é ainda significativa.

No que se refere à participação dos prestadores privados credenciados ao SUS, observa-se sua preponderância na assistência hospitalar na maioria dos estados do país, sendo o Norte e Nordeste as regiões que apresentam maior proporção de leitos públicos.

Por último, destaca-se que as modalidades de serviços que compõem o sistema de saúde não se distribuem uniformemente no país. Como já indicado anteriormente, a maioria dos municípios é muito pequena e não possui demanda suficiente para albergar todos os níveis de atenção em seu território. Na maior parte das vezes, os municípios possuem apenas estabelecimentos de atenção básica, e muitas regiões de saúde são planejadas abrangendo vários municípios. Por outro lado, a oferta de serviços especializados e de alta complexidade no SUS é bastante concentrada.

Portanto, a oferta de serviços de saúde no SUS é bastante desigual no território nacional. Embora a última Pesquisa de Assistência Médico Sanitária (AMS) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) tenha registrado aumento no número de estabelecimentos de saúde em todas as regiões brasileiras, reduzindo de 146, em 2002, para 6, em 2005, o número de municípios sem estabelecimentos de saúde ativos de qualquer tipo (sem internação, com internação ou de apoio diagnóstico; de natureza pública ou privada), as desigualdades na distribuição espacial dos serviços de saúde permanecem.

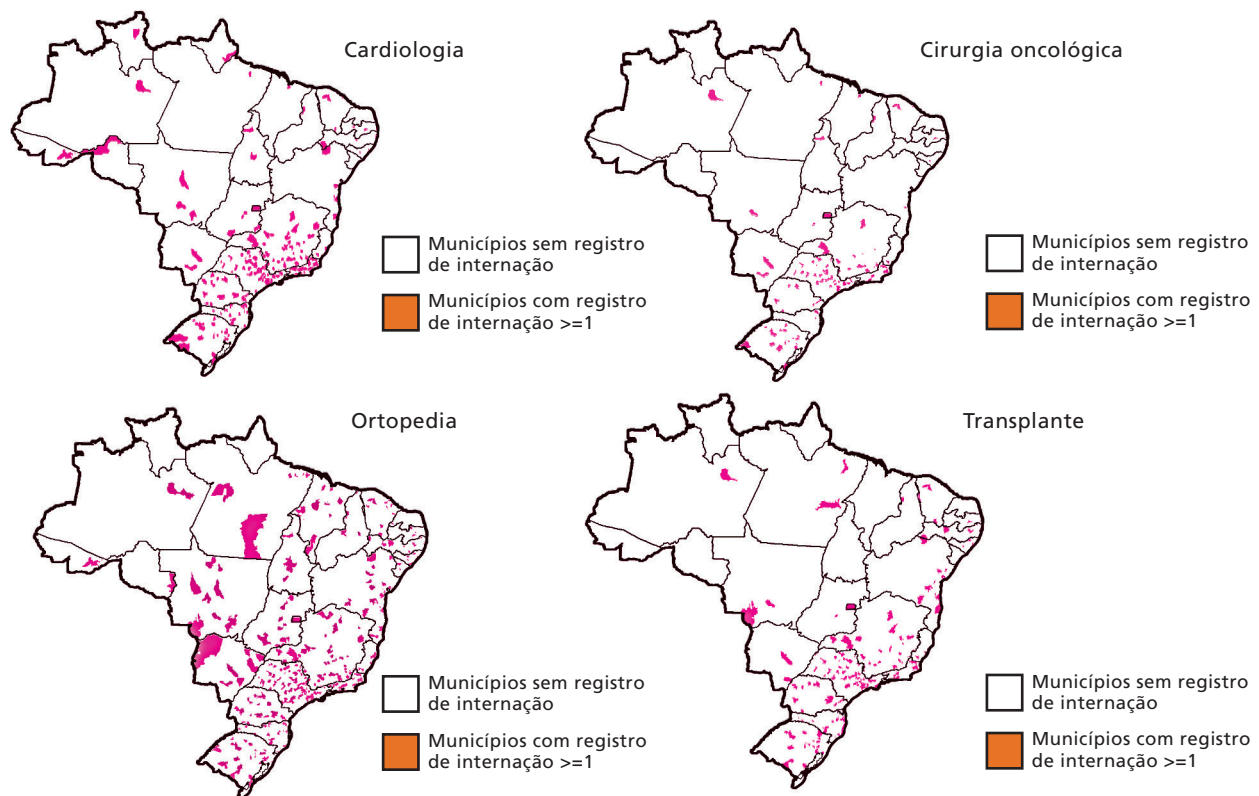
Enquanto no total do país os estabelecimentos de menor complexidade respondem por 49,3% do atendimento ambulatorial, na Região Norte existe um maior peso desse tipo de estabelecimento (76,5%), seguida pela Região Nordeste (69,7%). No outro extremo, na Região Sudeste, os estabelecimentos de menor complexidade respondem por somente 26,7% dos atendimentos realizados em estabelecimentos sem internação. De fato, apesar da expansão da Estratégia de Saúde da Família e do aumento da cobertura de serviços na atenção básica, segundo a Pesquisa AMS/IBGE, ainda é comum nas Regiões Norte e Centro-Oeste a existên-

cia de estabelecimentos que oferecem atendimento ambulatorial sem médico, correspondendo a respectivamente 40,2% e 23,3% dos estabelecimentos sem internação nessas regiões, em contraposição a apenas 9,4% na região Sul.

No que diz respeito aos serviços de maior densidade tecnológica, a situação de iniquidade é ainda mais grave. O Mapa 1 ilustra a distribuição nacional de serviços de alta complexidade existentes nas áreas de cardiologia, cirurgia oncológica, neurológica e transplantes. Ainda que não seja possível, nem desejável, a existência desses serviços em todos os municípios do país – em face da necessidade de economia de escala e de garantia de qualidade da atenção – os dados apontam uma excessiva concentração de unidades de alta complexidade nas Regiões Sudeste e Sul e em poucos municípios das demais regiões. Isso alerta para o risco de que a população residente em vastas áreas do país desprovidas desses serviços tenha maiores dificuldades de acesso a procedimentos de alta complexidade nos casos necessários.

Recentemente, foi criado pelo governo federal o programa “Mais Médicos”, cuja finalidade é levar médicos – brasileiros e estrangeiros – às regiões do interior e da periferia das grandes cidades, para atuação na atenção básica. Para maiores informações sobre o programa, acesse: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/417/mais-medicos.html>

Mapa 1 – Municípios com registro de internações hospitalares no SUS por procedimentos de alta complexidade selecionados. Brasil – 2005



Fonte: Brasil (2005).

Nota: Procedimentos de alta complexidade remunerados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

A diversidade da lógica de organização dos serviços de saúde, da natureza jurídica dos prestadores e do perfil das unidades de saúde distribuídos no território traz enormes desafios para o planejamento em saúde que vise a montagem de uma rede de atenção à saúde no SUS orientada para suprir as principais necessidades de saúde da população.

Avanços, dificuldades e desafios para o SUS

Implementar o SUS em sua concepção original significa romper com o modelo sobre o qual o sistema de saúde brasileiro se estruturou ao longo de várias décadas, em uma conjuntura político-econômica internacional e nacional bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e solidárias. Se, por um lado, o contexto de crise econômica e democratização nos anos 1980 favoreceu o debate político na área da saúde, que se refletiu nos avanços da Constituição de 1988 e em mudanças objetivas no sistema, a concretização dos princípios do SUS será continuamente tensionada por diversos obstáculos estruturais e conjunturais (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Os obstáculos estruturais estão relacionados, para alguns autores, a dois grupos básicos de problemas que se apresentam para os países latino-americanos:

1. um primeiro grupo relacionado ao alto grau de exclusão e heterogeneidade (que não são plenamente resolvidos por programas sociais) e aos conflitos entre esforços financeiros, sociais e institucionais para implantar políticas abrangentes, em confronto com as restrições impostas pela estrutura socioeconômica dessas sociedades;
2. um segundo grupo de ordem institucional e organizacional, representado pelas características predominantes dos sistemas de prestação de serviços nesses países – centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade regulatória e fraca tradição participativa da sociedade (DRAIBE, 1997).

No Brasil, os obstáculos estruturais se expressam nas profundas desigualdades socioeconômicas e culturais – inter-regionais, interestaduais, intermunicipais –, nas características do próprio federalismo brasileiro, na proteção social fragmentada e no modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema foi construído.

Um dos principais desafios para a consolidação do SUS, portanto, é superar as profundas desigualdades em saúde, compatibilizando a afir-

mação da saúde como direito de cidadania nacional com o respeito à diversidade regional e local. Isso implica uma mudança substantiva no papel do Estado nas três esferas de governo, o fortalecimento da gestão pública com finalidades diferenciadas nos âmbitos nacional, estadual e municipal, a divisão de competências e a articulação de princípios nacionais de política com decisões e parâmetros locais e regionais.

Fotos 1 e 2 – O modo de vida das grandes capitais como São Paulo contrastam com o modo de vida do interior do Brasil



No entanto, na área da saúde é tarefa bastante complexa separar de forma tão nítida os espaços territoriais de atuação e influência política de cada esfera de governo. Em primeiro lugar, porque a perspectiva de construção de sistema é uma dimensão importante a ser considerada no próprio processo de descentralização. Dada a distribuição geográfica desigual dos serviços públicos e privados no SUS, a regionalização, hierarquização e integralidade demandam a formação e gestão de redes de atenção à saúde não diretamente relacionadas a uma mesma unidade político-administrativa, tais como as redes interestaduais de ações e serviços de saúde (que envolvem mais de um estado) e as redes intermunicipais (que envolvem mais de um município). Em segundo lugar, porque, na maioria das vezes, os fatores que determinam os problemas de saúde e geram demandas para os serviços de saúde não respeitam as fronteiras dos territórios político-administrativos. Além disso, como já enfatizado, a maior parte dos municípios brasileiros e muitos estados, quer seja por questões de escala ou pela diferenciação dos recursos disponíveis (financeiros, materiais e humanos), não possuem condições de prover todas as ações e serviços necessários à atenção integral de seus habitantes. Essas características indicam a necessidade de fortalecer as instâncias de pactuação de interesses e compartilhamento da gestão pública no SUS, em diferentes escalas territoriais e abrangências, que permitam o desenvolvimento de ações coordenadas.

Um outro desafio para a superação de obstáculos estruturais está relacionado à articulação intersetorial para o desenvolvimento de políticas mais abrangentes. Pode-se dizer que, além dos campos típicos da atenção à saúde (assistência, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária), que compreendem as atividades mais diretamente voltadas para o atendimento das necessidades de saúde, outros campos de atuação do Estado são estratégicos em uma política pública voltada para a garantia da saúde como direito social de cidadania. As políticas voltadas para as áreas de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, produção industrial e provisão de insumos, formação de recursos humanos e regulação dos vários mercados em saúde são exemplos que, em geral, extrapolam o âmbito da autoridade exclusiva da saúde. Particularmente, a atuação do Ministério da Saúde nessas políticas é importante para assegurar o atendimento das necessidades sociais de saúde, configurando, por sua vez, uma concepção ampliada sobre a política de saúde em sua dimensão social, econômica e de poder.

Em relação aos obstáculos conjunturais, ressalta-se a repercussão no Brasil da onda conservadora de reformas em vários países, no plano político, econômico e social, a partir da década de 1980, com graves consequências e retrocessos históricos no processo de construção da cida-

dania social. Noronha e Soares (2001) chamam a atenção para o forte conteúdo político-ideológico e neoliberal das reformas implementadas, conduzidas por políticas de ajustes que seguiram uma agenda elaborada pelos organismos multilaterais de financiamento.

Essas tendências se expressam desde os anos 1990 no país por meio da adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase nas medidas de:

- a) estabilização da moeda;
- b) privatização de empresas estatais;
- c) adoção de reformas institucionais orientadas para a redução do tamanho do Estado e do quadro de funcionalismo público, incluindo a agenda de reforma da Previdência e a reforma do aparelho do Estado;
- d) mudanças nas relações de trabalho, com aumento do segmento informal, do desemprego estrutural e fragilização do movimento sindical; e
- e) desregulamentação dos mercados.

Tais mudanças tensionam as políticas sociais universais em países desenvolvidos e, no Brasil, onde o SUS ainda não foi consolidado, tiveram repercussões mais graves. Desta forma, pode-se dizer que os princípios e diretrizes da política de saúde foram construídos na contracorrente das tendências hegemônicas de reforma dos Estados nas duas últimas décadas, e sua implementação tem sofrido a influência dessas tendências. Observam-se, até meados dos anos 2000, tanto avanços como dificuldades nos diversos eixos estratégicos para a implantação do SUS, sintetizados no Quadro 3.

Quadro 3 – Avanços e dificuldades na implementação do SUS

Eixos estratégicos	Aspectos-chave	Avanços	Dificuldades
Financiamento	Fontes estáveis para o setor oriundas das três esferas de governo. Condições de financiamento e de gasto adequadas para o setor nas três esferas de governo. Suplementação e redistribuição de recursos fiscais para estados e municípios mediante a adoção de mecanismos e critérios equitativos para transferência de recursos federais. Desenvolvimento de política regional de investimentos para o SUS.	Aumento da participação dos municípios no financiamento da saúde. Aumento progressivo das transferências automáticas (“fundo a fundo”) de recursos federais para estados e municípios.	Não implantação do Orçamento da Seguridade Social. Instabilidade de fontes durante a maior parte da década de 1990 (EC n. 29 só aprovada em 2000). Dificuldades na regulamentação e cumprimento da vinculação constitucional da saúde (EC n. 29). Volume de recursos para o setor insuficiente. Pouca participação dos recursos estaduais no financiamento. Baixa participação dos investimentos no gasto público em saúde. Excesso de condicionalidades para aplicação de recursos federais transferidos (ao final dos anos 1990). Distribuição de recursos federais ainda segue muito o padrão da oferta, com limitações na adoção de critérios de promoção da equidade. Pouca adoção de mecanismos de transferências interestaduais e intermunicipais de recursos para o SUS.
Relações público-privadas	Consolidação do sistema público de saúde, único e universal, em uma lógica de seguridade social. Caráter complementar do setor privado no sistema. Fortalecimento da gestão pública e da regulação do setor privado.	Aumento da oferta pública de serviços de saúde, principalmente municipal. Aumento da capacidade gestora em diversos estados e em milhares de municípios.	Crescimento do setor privado supletivo, subsidiado por renúncia fiscal, com segmentação da clientela. Regulação ainda incipiente sobre os prestadores privados do SUS e setor privado supletivo. Multiplificação de novas formas de articulação público-privada na saúde (terceirizações, fundações, cooperativas etc.).
Descentralização e relações entre gestores	Definição do papel das três esferas de governo no SUS respeitando-se as especificidades regionais. Transferência de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e municípios. Mecanismos de negociação e relacionamento entre gestores para definição e implementação da política.	Transferência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e principalmente municípios. Estabelecimento das comissões intergestores (tripartite e bipartites) como instâncias efetivas de negociação e decisão.	Imprecisão e pouca clareza na definição do papel do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema. Fragilidade dos mecanismos e instrumentos de pactuação em nível regional. Conflitos acentuados e competitividade nas relações entre gestores nos diversos níveis (federal-estadual-municipal, estadual-estadual, estadual-municipal e municipal-municipal).

Quadro 3 – Avanços e dificuldades na implementação do SUS (cont.)

Eixos estratégicos	Aspectos-chave	Avanços	Dificuldades
Gestão e organização do sistema.	Fortalecimento da capacidade de gestão pública do sistema. Expansão e desconcentração da oferta de serviços. Adequação da oferta às necessidades da população. Organização e integração da rede de serviços em uma lógica hierarquizada e regionalizada.	Aumento da capacidade gestora e experiências inovadoras de gestão e organização da rede de serviços de saúde em diversos estados e municípios. Expansão efetiva da oferta de serviços para áreas até então desassistidas.	Heterogeneidade da capacidade gestora entre os diversos estados e municípios. Persistência de distorções relacionadas ao modelo anterior: superposição e excesso de oferta de algumas ações, insuficiência de outras, pouca integração entre serviços.
Atenção aos usuários.	Universalização efetiva do acesso de todos os cidadãos brasileiros a todas as ações de saúde necessárias. Mudança do modelo de atenção. Melhoria da qualidade da atenção, satisfação dos cidadãos e efetividade das ações, com impacto positivo na saúde da população.	Ampliação do acesso em termos de população assistida e ações oferecidas pelo SUS. Experiências inovadoras de diversos estados e municípios no sentido da mudança do modelo de gestão (adscrição de clientela, vínculo, integralidade das ações). Mudança nas práticas de atenção em várias áreas (ex.: saúde mental). Expansão de estratégias de agentes comunitários de saúde e saúde da família em todo o país. Melhoria de indicadores de saúde em diversos pontos do país.	Persistência de desigualdades no acesso. Persistência de distorções no modelo de atenção (medicalização, uso inadequado de tecnologias). Problemas no âmbito da qualidade e resolutividade da atenção em diversos serviços do SUS em todo o país.
Recursos humanos.	Formação e capacitação adequadas de recursos humanos para o SUS, tanto para a gestão como para as atividades de atenção. Constituição de quadros técnicos gestores nos estados e municípios. Distribuição equitativa de profissionais de saúde em todo o país.	Aumento da capacidade técnica de gestão do sistema de saúde em vários estados e municípios.	Distorções na formação dos profissionais de saúde. Heterogeneidade entre os diversos estados e municípios na constituição de equipes técnicas nas secretarias de saúde. Dificuldades de estados e municípios na contratação de profissionais de saúde, agravadas pela conjuntura de Reforma do Estado, com pressões para redução de gastos com pessoal. Distribuição desigual e inequitativa de profissionais de saúde no território nacional. Aumento da precarização das relações de trabalho na saúde.

Quadro 3 – Avanços e dificuldades na implementação do SUS (cont.)

Eixos estratégicos	Aspectos-chave	Avanços	Dificuldades
Controle social.	Participação da sociedade nas decisões sobre a política de saúde. Implementação nas três esferas de governo de conselhos de saúde deliberativos, envolvendo diversos segmentos sociais, com 50% de usuários. Controle da sociedade sobre os gestores e prestadores do SUS.	Constituição de conselhos de saúde no âmbito nacional, em todas as unidades da federação e na maioria dos municípios brasileiros, com participação de usuários.	Funcionamento efetivo dos conselhos bastante variável entre os diversos estados e municípios. Predomínio do caráter consultivo dos conselhos sobre o caráter deliberativo sobre a política, em várias situações.
Desenvolvimento científico e tecnológico e produção de insumos para a saúde.	Desenvolvimento científico e tecnológico nacional compatível com as necessidades do SUS. Fortalecimento da capacidade de inovação e produção nacional de insumos relevantes para a saúde. Fortalecimento da capacidade de regulação da incorporação tecnológica no SUS mediante a adoção de critérios científicos.	Preservação de capacidade nacional de produção em algumas áreas (medicamentos, vacinas), inclusive no setor público (Fiocruz, Instituto Butantan).	Defasagem tecnológica em vários segmentos relevantes para a saúde e uso inadequado de tecnologias em outros. Estagnação da indústria nacional nos anos 1990, atingindo vários segmentos da saúde. Alta dependência de importações (déficit comercial relativo a insumos da saúde). Custos elevados de insumos, em função das características das empresas transnacionais e da aprovação da Lei Brasileira de Propriedade Intelectual (em 1996).
Provisão e regulação de insumos para o setor.	Distribuição e provisão adequada de insumos necessários para a saúde em todo o território nacional. Regulação de mercados relativos aos insumos em saúde de forma coerente com as necessidades de saúde da população e os princípios do SUS.	Aumento da disponibilidade de equipamentos e insumos em áreas do país anteriormente desassistidas. Garantia de medicamentos necessários no âmbito de programas específicos (com destaque para o controle do HIV/Aids). Política de medicamentos genéricos (a partir de 1998).	Persistência do quadro de insuficiência e de desigualdades na distribuição de insumos no país. Grande peso do setor privado na oferta de procedimentos de apoio diagnóstico. Dificuldade de acesso a diversos tipos de equipamentos e medicamentos. Limitações da assistência farmacêutica pública. Limitada regulação estatal sobre os mercados de insumos em saúde.

Fonte: Adaptado de Levkovitz, Lima e Machado (2001).

A complexidade desse quadro faz com que sejam possíveis diversos enfoques de análise sobre a política de saúde no Brasil. Assim, a produção de diferentes autores sobre o SUS no período recente é extremamente variada no que diz respeito ao marco teórico-conceitual adotado e elementos enfatizados, havendo pouco consenso sobre os desafios ainda existentes.

Mesmo em relação à descentralização, as condições, características e formas de condução do processo, assim como seus resultados, têm sido questionados em vários estudos. O fato é que a descentralização não garante *per se* o fortalecimento do caráter democrático do processo decisório na formulação de políticas, nem necessariamente possibilita o fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais dos governos locais, regionais e central. O fortalecimento institucional das três esferas de governo depende de mudanças mais amplas do Estado, que transcendam o espaço da política setorial, sendo a concretização do SUS influenciada por outros aspectos ainda não equacionados, como o adequado aporte de recursos financeiros (incluindo os investimentos), a provisão e regulação adequada de insumos, o desenvolvimento científico e tecnológico, a superação dos padrões de iniquidade do sistema e a permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos.

A consolidação do Sistema Único de Saúde, no contexto atual, envolve uma série de complexos desafios, exigindo mudanças estruturais profundas e estratégias de longo prazo. A luta pela garantia da saúde como direito de cidadania é hoje a luta por um novo modelo de desenvolvimento para o país e por um novo espaço para a proteção social e a política de saúde nesse modelo. Tal inflexão requer políticas estatais abrangentes e responsáveis e uma sólida base de apoio ao sistema público, tendo por base o fortalecimento dos laços de solidariedade social no Brasil.

Avaliação do Módulo 2

Neste módulo você conheceu os instrumentos para a instituição da regionalização no Brasil. Você conhece a configuração da regionalização em saúde em seu estado? Entre no *site* da Secretaria de Saúde de seu estado e busque a forma como se estrutura a regionalização, quantas são as regiões e como se constituem as Comissões Intergestores Regionais. Faça uma descrição, avalie as diferenças entre as regiões no que diz respeito a número de municípios e população de cada uma e busque saber se seu estado já assinou o Contrato de Ação Pública (COAP).

Envie a atividade para seu tutor por meio da ferramenta **envio de atividade** no AVA.

Avaliação final da Unidade I

Os Módulos 1 e 2 dessa unidade trazem alguns elementos históricos, político-institucionais e conjunturais para identificação dos principais dilemas relativos à implantação do SUS na atualidade.

Com base nesses textos, responda:

1. Quais são os principais avanços e dificuldades para a consolidação do SUS em sua região de saúde, tendo em vista os eixos estratégicos apresentados no Quadro 3 do Módulo 2?
2. Que características históricas da política de saúde no Brasil permanecem como limite à consolidação do SUS em sua região?

Envie o resultado de sua análise para seu tutor.

Endereços eletrônicos recomendados

Ministério da Saúde

<http://www.saude.gov.br/>

Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

<http://www.conass.org.br/>

Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

<http://www.conasems.org.br/>

Conselho Nacional de Saúde

<http://www.conselho.saude.gov.br/>

Departamento de Informática do SUS – DATASUS

<http://www.datasus.gov.br/>

Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde

http://200.214.130.38/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM

O SUS de A a Z

<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>

Projeto Descentralização *on-line* – Acompanhamento da CIT (parceria SE/MS-Ensp/Fiocruz)

<http://www.ensp.fiocruz.br/descentralizar/>

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)

<http://www.bireme.br/>

Referências

- ABRUCIO, F. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006. p. 77-125.
- ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, São Paulo, n. 51, p. 13-34, 2001.
- ALMEIDA, M. H. T. Recentralizando a federação? *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 24, p. 29-40, 2005.
- ARRETCHE, M. T. S. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.
- ARRETCHE, M. T. S. Financiamento federal e gestão de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia (debate). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.
- BAPTISTA, T. W. de F. Segurança social no Brasil. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 49, n. 3, p. 99-118, 1998.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei n. 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set 1990.
- BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990.
- BRASIL. Decreto n. 7.058, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informações hospitalares SIH /SUS. Brasília: DATASUS, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos.)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. *Relações entre níveis de governo na gestão do SUS*. São Paulo, 2002. Slide 9. Trabalho apresentado no Seminário Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/ddga/RelacoesNiveisGov_arquivos/frame.htm>. Acesso em: out. 2003.

DRAIBE, S. M. *Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: saúde e educação fundamental*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 1997. Informe final do Projeto Estudios de Descentralización de Servicios Sociales da División de Desarrollo Económico da Cepal.

ELAZAR, D. J. *Exploring federalism*. Tuscaloosa, AL: University of Alabama, 1987.

FIORI, J. L. *O federalismo frente ao desafio da globalização*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1995. (Estudos em saúde coletiva, n. 15.)

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, L. D. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

MACHADO, C. V. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília, 2004. p. 45-94.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

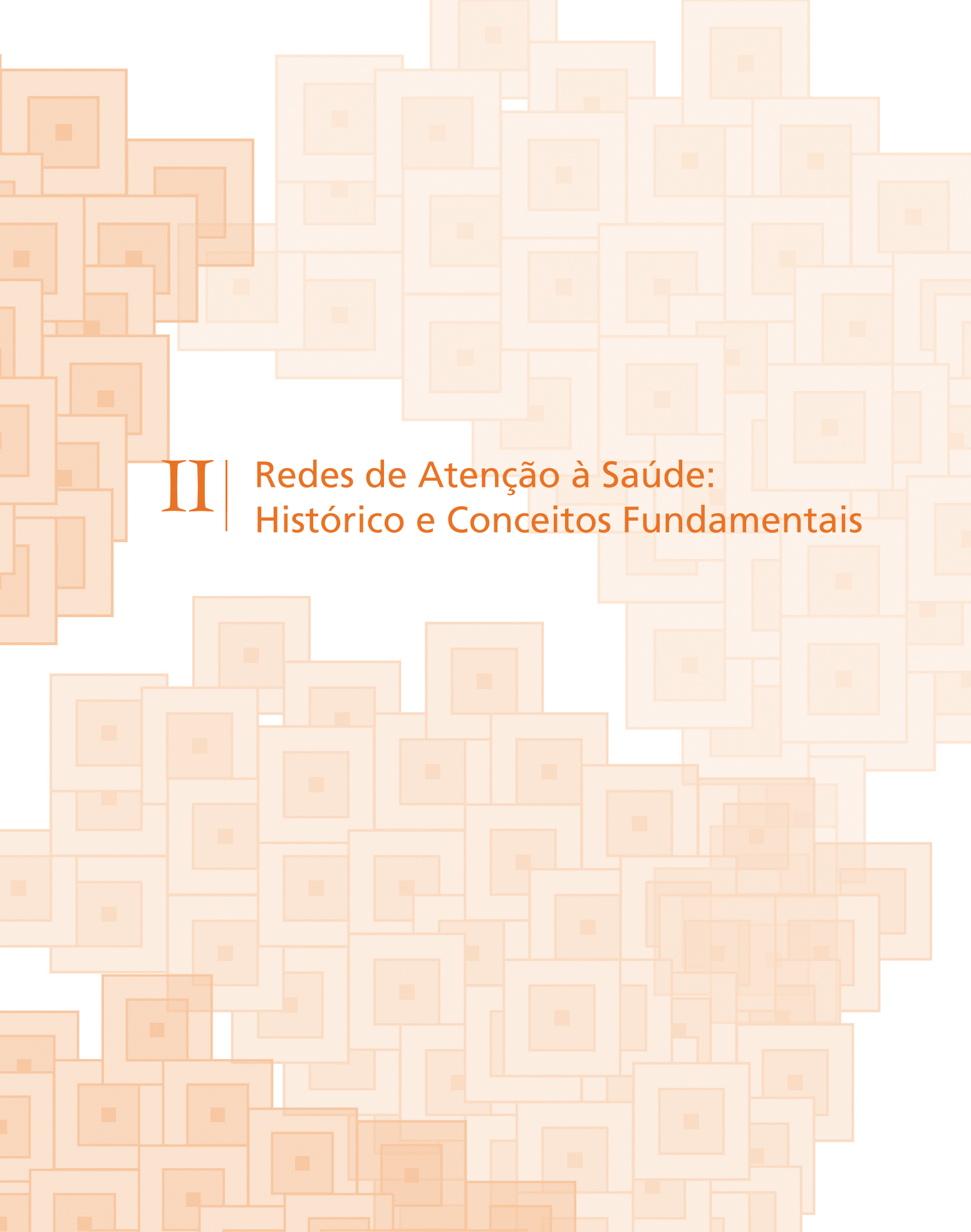
SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002.

TEIXEIRA, S. M. F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. *Revista de Administração Pública*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 78-99, 1990.

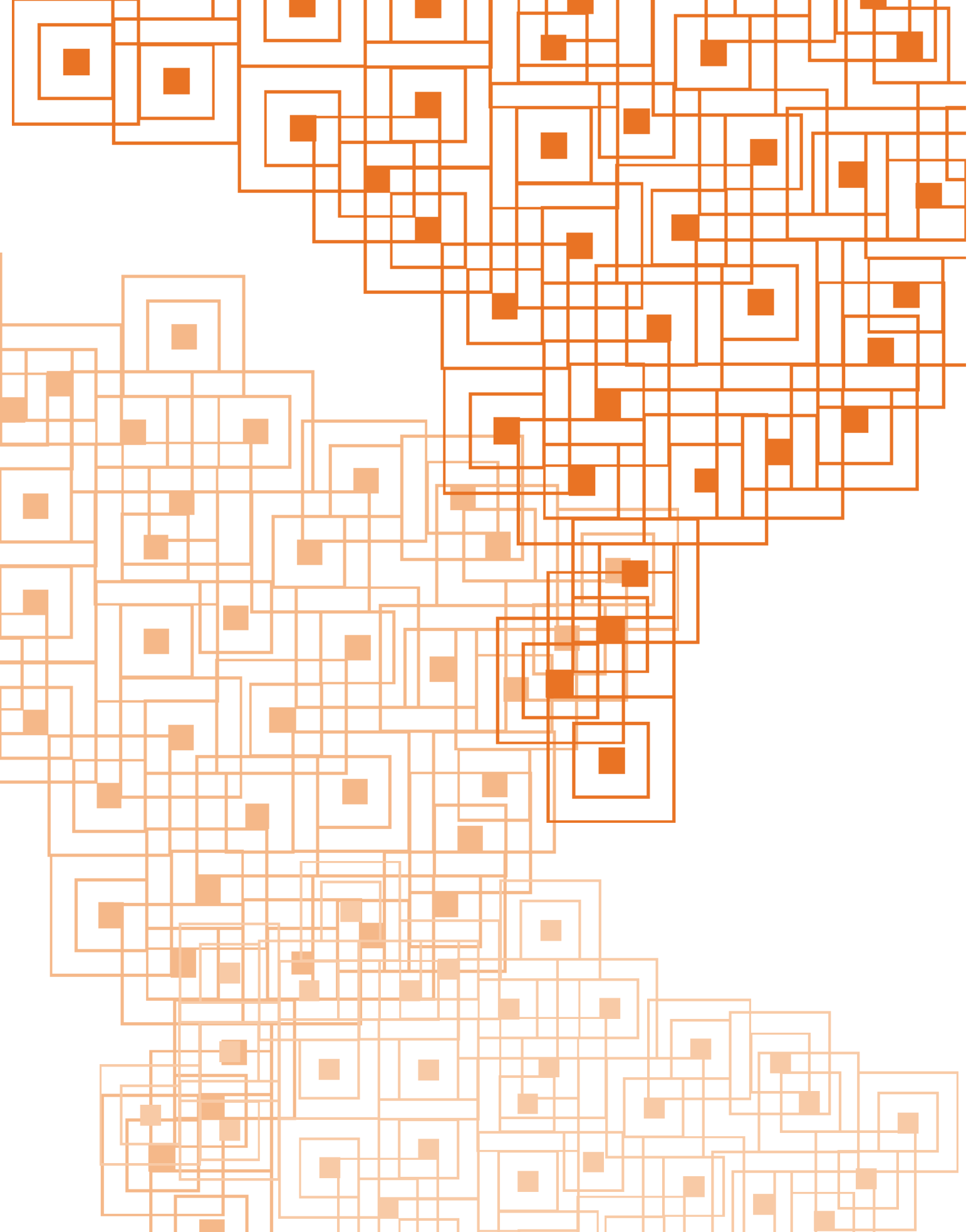
VIANA, A. L. D'Á. *Modelos de intervenção do estado na área da Saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1995. (Estudos em saúde coletiva, n. 18.)

VIANA, A. L. D'Á.; LEVCOVITZ, EDUARDO. Proteção social: introduzindo o debate. In: VIANA, A. L. D'Á.; ELIAS, P. E. M.; IBAÑEZ, N. (Org.). *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: HUCITEC, 2005. p. 15-57.

VIANA, A. L. D'Á.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.



II | Redes de Atenção à Saúde: Histórico e Conceitos Fundamentais



3. Sistemas de Saúde e sistemas de proteção social: a gênese dos sistemas de saúde

Rosana Kuschmir e Márcia Fausto

Conhecer um pouco da história de como se desenvolveram os sistemas de saúde ajuda a compreender melhor o nosso próprio sistema e a colocá-lo em perspectiva. No entanto, ainda que seja possível classificar os sistemas em tipologias de acordo com algumas dimensões e características centrais, cada sistema de saúde é único e representa uma resposta muito específica do país ou sociedade ao problema de como garantir – ou não – que seus cidadãos tenham acesso a cuidados e serviços de saúde.

Também não é possível deixar de considerar que os sistemas de saúde fazem parte de sistemas mais amplos de proteção social, que englobam outras políticas públicas voltadas para a assistência social, aposentadorias, pensões e seguro desemprego.

A maneira como estes sistemas de proteção se organizam, que parcelas da população estão incluídas e de que forma, representam diferentes respostas, em um dado momento histórico, a duas perguntas centrais: a quem proteger e como proteger. As respostas terão por expressão diferentes formas de financiamento, gestão e organização dos serviços e do cuidado em saúde.

Neste Módulo, serão apresentadas as distintas concepções dos sistemas de proteção social e dos sistemas de saúde neles inseridos; uma pequena introdução à tipologia de sistemas de saúde; e será discutida a correlação entre o modelo de sistema de saúde e a forma de organização de serviços e do processo de cuidado.

Para uma melhor compreensão dos conceitos, ao longo do texto serão utilizadas referências a alguns sistemas de saúde, em especial ao Reino Unido – e mais especificamente à Inglaterra – e à Alemanha, os exemplos clássicos de cada tipo de sistema público.

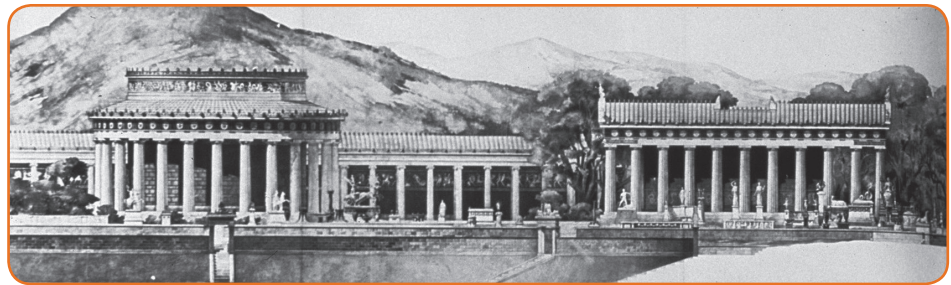
Ao final do módulo, esperamos que você seja capaz de:

- Conhecer as principais características dos sistemas de proteção social.
- Compreender a relação entre sistemas de saúde e sistemas de proteção social.
- Conhecer as principais características dos sistemas de saúde-tipo.

Proteção Social e sistemas de saúde

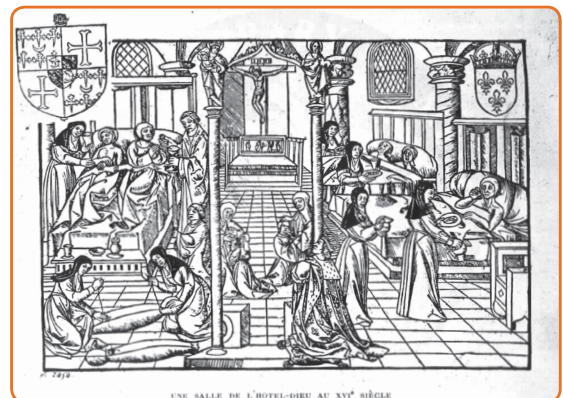
O cuidado com a saúde existe desde que as pessoas têm tentado deliberadamente se proteger e tratar as doenças. Em todo o mundo, práticas tradicionais existem há milhares de anos e convivem até hoje com a medicina moderna.

Figura 1 – Ilustração do Templo de Asclépio, Deus da Medicina, na Grécia Antiga. Os templos funcionavam como espaços de tratamento



Fonte: National Library of Medicine

Figura 2 – Interior de uma enfermaria medieval medieval (Hôtel-Dieu, Paris) com pacientes (em alguns casos dois em cada cama) sendo atendidos por freiras



Fonte: National Library of Medicine



Figura 3 – Hospital Bedlam construído em Londres na segunda metade do século XVII para “alívio e cura de pessoas lunáticas”, como anuncia o prospecto abaixo

Fonte: Guildhall Library



Figura 4 – Enfermaria de Ortopedia do Hospital de Base n. 9, Chateauroux, França, natal de 1918

Fonte: National Library of Medicine

No entanto, sistemas de saúde destinados a beneficiar a população como um todo ou a parcelas desta, através de arranjos coletivos, existem apenas por pouco mais de um século, mesmo em países avançados. É bem verdade que os hospitais têm uma história muito mais longa, mas, até o século XIX, eram em sua maior parte geridos por organizações de caridade e muitas vezes pouco mais que um refúgio para órfãos, deficientes físicos, ou, simplesmente, para os pobres.

Várias definições existem para o que sejam sistemas de saúde, assim como diferentes classificações que consideram distintas dimensões para análise. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, “sistemas de saúde são definidos como o conjunto de atividades cujo principal propósito é o de promover, restaurar e manter a saúde de uma população” (WHO, 2000). Pela própria definição, fica claro que os serviços de saúde são um componente central, mas os sistemas de saúde não se limitam a estes.

Os sistemas de saúde fazem parte de sistemas mais amplos de proteção social, que englobam também os sistemas de assistência social, aposentadorias, pensões e seguro desemprego. A proteção social, portanto, refere-se às políticas públicas que têm por objetivo proteger os indivíduos contra os riscos inerentes à vida e/ou assistir às necessidades relacionadas com situação de dependência. Esta dependência pode ser gerada por fases da vida – infância, maternidade, velhice – ou doença, carência de alimentos, calamidades, ou ainda, pela desigualdade social.

Os primeiros sistemas de proteção social foram a família, a comunidade, as associações filantrópicas e religiosas. Estes mecanismos de proteção assim permaneceram até a intervenção das categorias profissionais e do Estado. No primeiro caso, as associações de trabalhadores com a mesma ocupação passaram a organizar esquemas em pequena escala de contribuições, de modo a criar um fundo de proteção contra o risco financeiro. No segundo, o Estado passa a intervir, através da criação de leis que institucionalizam a solidariedade, seja a grupos específicos ou à toda a população de um país. São essas formas de intervenção do Estado que discutiremos a seguir.



Para aprofundar seus conhecimentos sobre proteção social, você pode consultar

o seguinte texto: VIANNA, MLTW. Em torno do conceito de Política Social. Notas introdutórias, 2002

A primeira forma de intervenção do Estado deu-se a partir da consolidação dos Estados Nacionais, iniciando-se desde o século XV e consolidando-se no século XVI na Europa, por meio da institucionalização das formas de proteção tradicional, voluntárias, tornando-as compulsórias, mediante a lei e a coleta de impostos específicos.

A primeira lei nacional instituída foi a Lei dos Pobres – “Poor Law Act” –, promulgada em 1601 na Inglaterra, que formalizou algumas das práticas já existentes desde o fim da epidemia de peste e criou um sistema nacional, pago por taxas coletadas localmente e sob administração das municipalidades. Por lei, deveria ser provido trabalho ou aprendizado para crianças órfãs ou cujos pais não podiam mantê-las; materiais para “botar os pobres para trabalhar” e auxílio aos incapazes de trabalhar – os “aleijados, doentes, velhos e cegos”. A Lei dos Pobres, portanto, institucionalizou a solidariedade e definiu quem poderia receber auxílio. Posteriormente, foi adotada em toda a Europa.

No âmbito desta forma de proteção social, foram criadas as *workhouses* (“casas de trabalho”), combinando moradia, cuidado, trabalho e casa de correção. Em 1776, havia cerca de 1900 *workhouses*, na Inglaterra, alojando 100.000 pobres, a maioria doentes, velhos e crianças, incapazes de trabalhar. As *workhouses* funcionavam como creche, abrigo, enfermaria geriátrica e orfanato. No fim do fim séc. XVIII foi introduzido um sistema de auxílio monetário, suplementando salários com base no número de filhos e no preço do pão.

No entanto, no século XIX, já em plena revolução industrial, começaram a aparecer com mais intensidade as críticas ao sistema, considerado muito caro, que levaria mais pessoas à pobreza, e ao aumento de filhos ilegítimos. Ademais, a suplementação de salário tornava-se incompatível com a autorregulação do mercado, competindo com as nascentes fábricas (e suas terríveis condições de trabalho), pela mão de obra. Propôs-se, então, mudar a função da *poorhouse* para um modelo de desencorajamento da proteção, através de uma nova lei de 1834, a Nova Lei dos Pobres.

Seu objetivo era que a posição de pobre fosse menos “escolhida”, que o auxílio só poderia ser dado nas *workhouses* e que as condições destas deveriam ser tão ruins que qualquer pessoa que pudesse ficar fora delas, ficaria. E passou-se a fortalecer o “estigma” ou vergonha associado com a Lei dos Pobres.

A Lei dos Pobres foi a primeira e por muito tempo única função de gestão local. Constitui-se na primeira forma de intervenção do Estado, uma vertente de intervenção caracterizada como Assistência Social, em que o Estado protege apenas aqueles que não são capazes de prover por si próprios no mercado. Na Inglaterra, o fim da Lei dos Pobres aconteceu apenas nas primeiras décadas do século XX, com as reformas de 1906-1914, que instituíram as pensões e o seguro nacional. As *workhouses* foram abolidas oficialmente em 1929, mas algumas persistiram até 1940.

No século XIX a revolução industrial modificou profundamente as formas de produção e as estruturas sociais no continente europeu. A partir da chamada primeira revolução industrial, entre 1760-1780 e 1830-1840, foi introduzida a máquina a vapor, a mecanização da produção e novas técnicas de metalurgia. A revolução industrial promoveu a substituição da economia baseada no trabalho manual pela indústria, com a mecanização da produção têxtil, criando a fábrica e promovendo intensa urbanização.

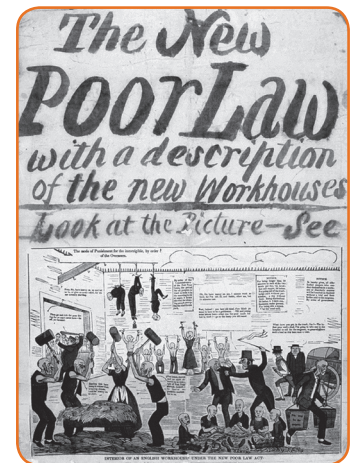


Figura 5 – Poster contra a Nova Lei dos Pobres intitulado: “A Nova Lei dos Pobres com a Descrição da Nova Workhouse” (Reino Unido, cerca 1837)

A industrialização e urbanização levaram à deterioração das condições de vida e à quebra de laços familiares e comunitários. Apenas a título de ilustração, no começo do século XIX, nas terras que futuramente constituiriam a Alemanha, existiam 300 mil operários em fábricas enquanto em 1867 eram 2 milhões e em 1900, 12 milhões.

As condições de trabalho nas fábricas eram terríveis, incluindo o trabalho de crianças de 3 a 5 anos. Em 1833, por exemplo, foi promulgada a primeira lei contra o trabalho infantil, na Inglaterra, instituindo que crianças menores de 9 anos não poderiam trabalhar; que entre 9 e 18 anos não poderiam trabalhar à noite e que menores de 18 anos deveriam ter jornada de trabalho limitada a 12 horas.

À medida que começa a crescer o movimento dos trabalhadores, passa a existir o risco para a produção de que os trabalhadores se recusem a trabalhar. Já para estes, os riscos passam a ser os impostos pelo novo modo de produção: o acidente de trabalho e a doença, que comprometem a capacidade de trabalho, única alternativa de sobrevivência.

A saúde dos trabalhadores, portanto, passou a ser uma questão política de importância, pelo fortalecimento do movimento operário organizado na Europa e pela própria necessidade de manutenção da mão de obra.

Neste contexto, na Alemanha – unificada em 1871 – é criado por Bismarck o primeiro sistema de seguro social (incluindo saúde) em 1883. Instituiu o seguro compulsório para todos os trabalhadores de fábricas (entre 3 e 4 milhões), sem inclusão de dependentes.

É o primeiro sistema de proteção social instituído, englobando aposentadoria, seguro desemprego e assistência à saúde, mas incluía apenas uma parcela da população. Inicialmente destinado apenas aos trabalhadores das fábricas, gradualmente foi ampliando sua cobertura e outras categorias foram se incorporando ao esquema. O seguro era financiado através das contribuições de empregados e empregadores e cobria os riscos decorrentes de acidentes de trabalho, doença e perda da capacidade de trabalho devido à idade.

A popularidade desta lei entre os trabalhadores fez com que fosse seguida pela Bélgica em 1894, pela Noruega em 1909 e pelo Reino Unido em 1911. Depois da Primeira Guerra Mundial, outros países introduziram sistemas de tipo seguro social incorporando diferentes categorias de trabalhadores.

Foto: Lewis Hine.

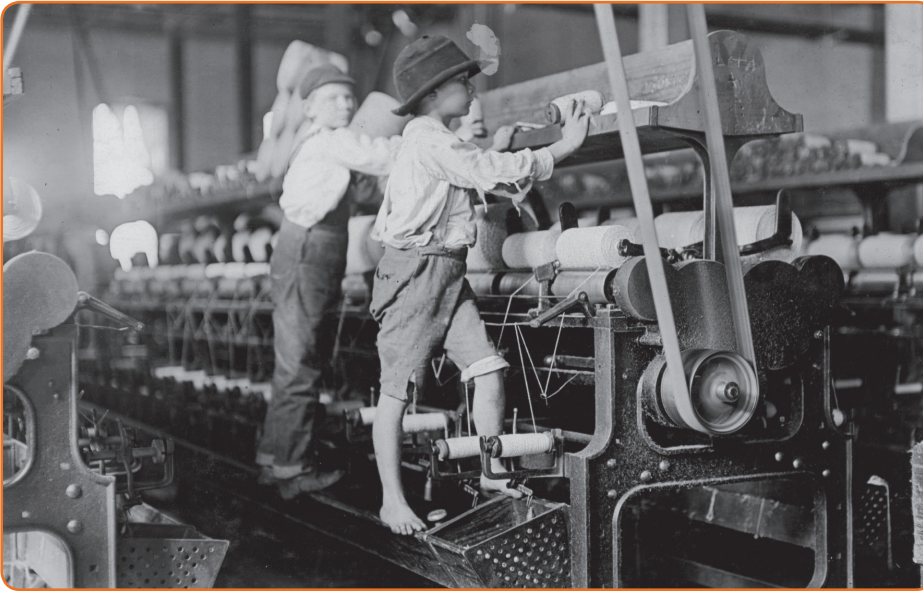


Figura 6 – Crianças trabalhando na indústria têxtil, início do século XX
Library of Congress

Esta nova forma de intervenção do Estado, o Seguro Social, estabelece um “contrato” entre as partes e retira da proteção social o caráter assistencialista e o estigma. É um sistema meritocrático – são protegidos os que “merecem”, os que contribuem, os que fazem parte da produção, ou seja, são direitos sociais aos que participam da produção.



Figura 7 – Movimento operário do início do século XX, Portugal
Fonte: aov.blogs.sapo.pt



É neste panorama que surge a Lei Elói Chaves em 1923 no Brasil, criando as primeiras caixas, por empresas, a primeira destinada aos ferroviários e a segunda aos marítimos, duas categorias mais mobilizadas e de mais peso na economia agrário-exportadora da época, conforme você viu na Unidade 1.

Ainda na década de 1920, começaram a ser instituídos os primeiros sistemas deste tipo na América Latina, por necessidade de manutenção das condições básicas de saúde dos trabalhadores e como resposta aos movimentos sindicais que se fortaleciam, influenciados pela revolução russa.

A partir do período entre guerras passa a ser gestado o pano de fundo do qual emergirá a terceira forma de intervenção estatal, com a crise da economia de 1929 e a depressão dos anos 1930 e a vitória do socialismo na União Soviética, com consequente fortalecimento do papel do planejamento.

Do ponto de vista dos sistemas de saúde, ao final da década de 1920 a União Soviética havia instituído seu sistema, o primeiro dirigido a toda a população e não apenas aos trabalhadores, e que não representava a contrapartida a contribuições a fundos ou caixas. É o primeiro exemplo de sistema centralizado e controlado pelo Estado, a partir do estabelecimento de uma rede de centros e hospitais, que já existia desde o século XIX.

Ao mesmo tempo, em ambas as guerras houve a necessidade de organizar serviços médicos em larga escala, demonstrando as vantagens dos sistemas de serviços integrados e coordenados.

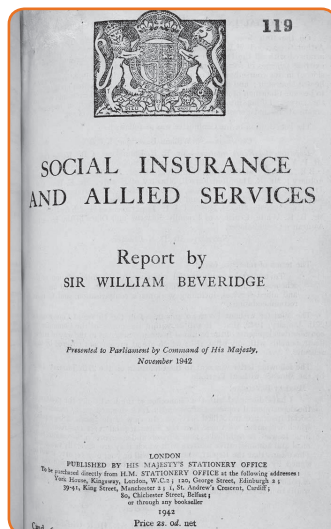
Após a Segunda Guerra Mundial, um conjunto de condições econômicas, sociais e políticas levaram à instituição do Estado de Bem Estar Social: crescimento da produção, industrialização em massa, pleno emprego, maior homogeneidade social, ideias keynesianas de intervenção pública, ampliação e aprofundamento das instituições democráticas, influência das ideias socialistas.

A concepção de seguro é substituída pela de Seguridade Social, cujo alvo é a cidadania. O marco desta nova fase é o relatório Beveridge apresentado ao parlamento britânico em 1942 e aprovado em 1946, norteado por dois princípios básicos: a unidade – unificação de todas as instâncias de gestão da proteção social, homogeneizando benefícios; e a universalidade – cobertura de todos os indivíduos.

O direito à saúde passa a ser incorporado à noção dos direitos de cidadania sobre os quais se reconstruiriam as sociedades europeias, no bojo de políticas econômicas e sociais com forte intervenção do Estado como provedor e financiador de serviços.

No contexto deste novo padrão de intervenção estatal, nascem os sistemas nacionais de saúde – universais e gratuitos ocidentais. O primeiro a ser criado foi o National Health Service (NHS) britânico em 1948, no âmbito do Plano Beveridge. Outros países europeus seguiram este caminho, como os países nórdicos.

Figura 8 – Relatório Beveridge, apresentado ao Parlamento britânico em 1942 e aprovado em 1946, deu origem ao Sistema Nacional de Saúde



Fonte: British Library

Ao longo dos anos que se seguem à Segunda Guerra Mundial, praticamente todos os países desenvolvidos realizam reforma em seus sistemas de proteção social, inclusive os que mantiveram o seguro social, caminhando para sistemas públicos estatais ou regulados pelo Estado para a garantia de amplos direitos sociais a todos os cidadãos (Estado de Bem Estar Social), ainda que os benefícios variem de país para país.

Desde então, os sistemas de seguro social dos países europeus foram ampliando a cobertura de modo a garanti-la praticamente a toda a sua população, ampliando a incorporação e aproximando-se da universalidade. Outros países europeus, como a Espanha e a Itália, fizeram a transição de sistemas de seguro social a sistemas nacionais de saúde mais recentemente – de forma semelhante ao ocorrido no caso brasileiro.

A maior parte dos países desenvolvidos garante acesso a ações e serviços de saúde a todos ou a praticamente todos os seus cidadãos, seja através de sistemas nacionais de saúde ou de seguro social. A exceção notória é os Estados Unidos que não adotaram um sistema público de saúde e mantiveram seu sistema de saúde privado, cujo acesso é determinado pela possibilidade de pagamento ao seguro privado, em geral pela empresa empregadora, ao lado de programas públicos dirigidos a alguns grupos – os idosos e os muito pobres – e de alguns serviços públicos de acesso universal.

No caso americano, já desde o início século XX, indústrias e empresas maiores começaram a contratar serviços médicos para seus trabalhadores, enquanto o Estado passara a se responsabilizar pelas ações de saúde coletiva, inicialmente o controle de epidemias e, posteriormente, assumindo o tratamento dos portadores de doenças transmissíveis.

Associações de médicos e hospitais passaram a oferecer planos de atenção médica ou hospitalar, sendo contratados por empresas, sindicatos e associações de consumidores. Embora até a década de 1930 não tenham se desenvolvido significativamente, a grande depressão dos anos 1930, que reduziu as doações e o poder aquisitivo, deu impulso ao crescimento dos planos de pagamento de taxa fixa anual, *per capita*, inicialmente no setor hospitalar e posteriormente no ambulatorial.

Os primeiros planos, desenvolvidos por associações de hospitais e de médicos, foram rapidamente copiados e adaptados e rapidamente se expandiram, consolidando as empresas médicas e requerendo arranjos financeiros mais sofisticados.

Ao fim da Segunda Guerra, firmas financeiras seguradoras passaram a oferecer planos de reembolso dos gastos em atenção médica e hospitalar – diferenciados pelo valor do prêmio – e, no início da década de 1950, as empresas seguradoras já ultrapassavam as empresas médicas em número de segurados.

À época, cerca de dois terços da população americana estava coberta por algum tipo de seguro, em especial as categorias com maior poder de pressão.

Nos anos 60, aumentou a discussão acerca da ampliação do acesso e o Governo Kennedy chegou a acenar com uma reforma baseada em seguro saúde obrigatório. No entanto, a proposta de um sistema público de saúde nunca foi vitoriosa nos Estados Unidos e em 1965 foram aprovados os dois programas públicos – resultados de um mix de propostas:

Figura 9 – Poster de 1968 destinado a informar aos cidadãos de 65 anos e mais sobre o Medicare, programa que havia sido criado em 1965



<http://www.ssa.gov/history/near65s.html>

■ Medicaid: de responsabilidade e financiamento estadual, com repasses federais de acordo com nível de pobreza do estado, destinado à população de baixa renda (comprovada);

■ Medicare: de responsabilidade do governo federal e definição nacional; cobertura médico-hospitalar de aposentados, acima de 65 anos, e seus dependentes e de pacientes renais crônicos terminais.

Os que não se qualificam aos programas públicos, por não serem suficientemente idosos ou suficientemente pobres, e que não dispõem de seguro, seja por desemprego ou por trabalharem em empresas menores, ficam sem acesso a uma ampla gama de serviços de saúde – mais de 40 milhões de pessoas

Para praticar

Na Biblioteca do AVA e no CD você encontra o texto “A Era Vargas”, que faz parte de um dos módulos da seção “Navegando na História”, elaborados pelo Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea (CPDOC), da Fundação Getúlio Vargas, e disponível no site: www.cpdoc.fgv.br.

Leia atentamente o texto e correlacione com a discussão apresentada acima.

Anote suas reflexões no Diário de Estudos.

Tipologia de Sistemas de Saúde

Como vimos, as três formas de intervenção do Estado na área social – assistência social, seguro social e seguridade social – correspondem a diferentes respostas dadas em cada sociedade às questões de a quem e como proteger.

A concepção de proteção social adotada implica, portanto, numa resposta muito específica que cada país ou sociedade dá ao problema de como garantir – ou não – que seus cidadãos tenham acesso a cuidados e serviços de saúde. Em alguns casos, são públicos e gratuitos para toda a população. Em outros, dependentes de um seguro social, organizado por categorias de trabalhadores ou em fundo único para toda a população trabalhadora, podendo existir grupos cobertos atendidos de forma diferente. Em outros ainda, o acesso depende da capacidade de pagar diretamente a médicos ou hospitais ou a um plano de saúde.

Pelo lado da organização da oferta de serviços, há também diferentes combinações: desde serviços exclusivamente públicos a combinações público-privado em diferentes medidas, com diferentes graus de articulação institucional e/ou funcional.

Em tese, os sistemas de saúde são estabelecidos para que os indivíduos e a coletividade façam frente aos riscos de adoecer, mediante o acesso aos bens e serviços disponíveis para a manutenção e recuperação da saúde.

Uma das lições que se extrai dos estudos dedicados a criar tipologias de sistemas de saúde é que não existe um sistema igual a outro. Embora haja semelhanças entre eles, permitindo certa comparação, são evidentes as variações em suas formas de gestão, financiamento, níveis de abrangência, organização da atenção e seus resultados.

Freeman & Moran (2002) afirmam que, apesar das particularidades, a configuração dos sistemas de saúde é guiada por três importantes dimensões que estão integradas e demarcam os limites das propostas e modelos de sistemas de saúde em cada sociedade:

A dimensão da proteção social: a forma como o Estado define suas políticas é mediada pelos valores presentes em uma dada sociedade, o que determina em última análise, quem, como e o quanto o sistema de proteção social adotado é capaz de proteger os indivíduos das situações de risco e vulnerabilidade social (FERRERA & RHODES, 2000). A saúde tem se constituído em um dos aspectos mais importantes da proteção social. Em muitas sociedades contemporâneas é interpretada como elemento fundamental para a ampliação das oportunidades sociais e o acesso integral aos recursos em saúde tem simbolizado a garantia do direito de cidadania.

A dimensão política da saúde: historicamente, o Estado define suas políticas públicas tendo em vista os conflitos existentes na sociedade, que são sentidos e expressos por grupos de interesses distintos e capacidade de pressão diferenciada frente ao Estado. No campo da saúde existe uma variedade de instituições, de atores e, portanto, interesses conflitantes com forte expressão na arena decisória da política. É através desse jogo de interesses, de intencionalidades e do poder decisório que a política de saúde representa ao longo do tempo as escolhas feitas pelos atores envolvidos. Foi assim que se deu o processo de construção do SUS, como pode ser visto na Unidade de Aprendizagem I.

A dimensão econômica da saúde: a provisão de serviços de saúde envolve ampla utilização de recursos tecnológicos na produção da atenção médica. Atividades como as realizadas pela indústria farmacêutica e de equipamentos médicos são exemplos da dimensão econômica do setor saúde. O jogo de interesses econômicos que envolve a utilização dos recursos tecnológicos, em certa medida, impulsiona a oferta e a demanda por serviços de saúde.

As relações entre estas três dimensões explicitadas não estão livres de conflitos, pois a divergência de interesses apresentadas pelos distintos atores interfere na condução das políticas, tornando-se a arena de pactuação de interesses o espaço de definição das diretrizes das ações nos diferentes sistemas de saúde. A política de saúde, justamente pelo alto grau de conflito que expressa, necessariamente, precisa passar por algum tipo de negociação.

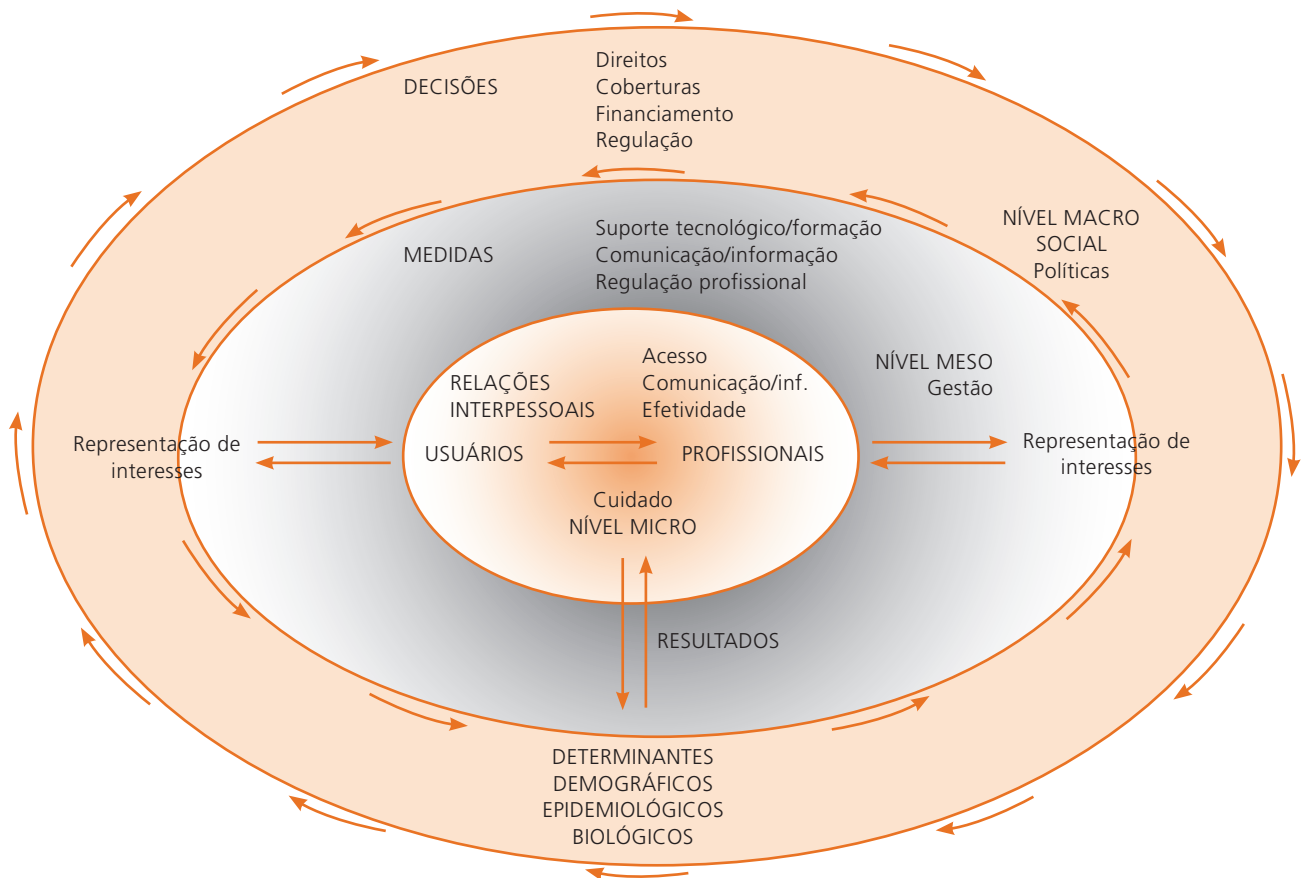
A multiplicidade de fatores que influenciam as condições de vida e a saúde, implica em que a contribuição específica das ações realizadas no âmbito dos sistemas de serviços de saúde varie de acordo com o perfil epidemiológico, o grupo de risco e/ou a patologia que se considere. Em qualquer caso, no entanto, não há dúvida de que a forma como o sistema conduz e executa suas ações, a gestão dos serviços e sua capacidade de resposta aos problemas de saúde são centrais às condições de saúde das pessoas e das populações.

Kickbusch (2005; 2007) argumenta que as fronteiras do que denominamos de sistema de saúde estão cada vez mais fluidas, pois se a saúde é resultante de inúmeros fatores, as decisões assumidas em cada nível e setor do governo, assim como fora do setor governamental, também possuem impactos sobre o estado de saúde. É justamente por esta razão que se argumenta sobre a inevitável e necessária articulação entre as ações desenvolvidas no sistema de saúde e as demais intervenções desenvolvidas em outras áreas da política pública.

Nesta medida, quando se consideram os sistemas de saúde, é fundamental compreender que estes estão inseridos em determinados contextos sociais e históricos e que envolvem diferentes níveis de decisão/poder, assim como correspondem a distintos níveis de gestão, como você verá na Unidade de Aprendizagem VII.

A estreita interrelação entre os 3 níveis – o macro-social, meso e micro – é mostrada na Figura abaixo:

Figura 10 – Características históricas-sociais dos sistemas de saúde



Fonte: Conill, EM, Fausto MCR, 2007

Em síntese, os sistemas de saúde são influenciados por inúmeros e distintos fatores, decorrentes do jogo de interesses muitas vezes conflitantes, presentes nas arenas decisórias da política pública. Por esta razão, apresentam trajetórias muito peculiares em cada país, apesar de constituídos para enfrentar problemas comuns a todos os sistemas de saúde.

Assim, ainda que seja possível classificar os sistemas de saúde em tipologias de acordo com algumas dimensões e características centrais, cada sistema de saúde é único, fruto da história, das lutas e dos pactos estabelecidos em cada sociedade. E é fundamentalmente o reflexo e a representação de valores – de como uma determinada sociedade considera a vida e os direitos de seus membros.

Para a classificação dos diferentes sistemas de saúde em sistemas-tipo, várias dimensões são selecionadas e consideradas em seu conjunto. A tipologia clássica identifica três tipos de sistemas de saúde: **sistemas públicos de acesso universal**, **sistemas públicos de seguro social** e **sistemas privados**.

Sistemas Públicos de Acesso Universal (Sistemas Nacionais de Saúde)

Financiamento: o financiamento é público, através dos tributos pagos pela população e coletados pelo Estado. Os tributos podem ser diretos ou indiretos, nacionais ou locais, com destinação previamente definida ou não.

Organização/administração do sistema: pública, diretamente pelo Estado, em nível central ou provincial.

Acesso: cidadania/moradia, portanto, cobertura universal.

Provisão de serviços: exclusivamente pública ou através de um *mix* público-privado gerenciado pelo Estado. Quando a provisão é exclusivamente pública, a forma mais comum de pagamento aos serviços é a alocação de orçamentos globais. Em países que adotaram a separação das funções de financiamento e de provisão, introduzindo esquemas de contratualização, a alocação de recursos passou a ser relacionada a metas de produção ou de alcance de objetivos estratégicos predefinidos.

Exemplos de países: Inglaterra, Suécia, Noruega, Finlândia (provisão exclusivamente ou quase exclusivamente pública, com introdução paulatina de provisão privada no primeiro caso); Espanha, Itália, Portugal (provisão através de *mix* público-privado).

Sistemas de Seguro Social

Financiamento: contribuição sobre as folhas de pagamento das empresas e vinculada ao salário dos empregados; compulsória.

Organização do sistema: pública ou semipública; através de fundo único ou múltiplos; fundo de escolha livre ou não.

Acesso: benefício como contrapartida ao pagamento da contribuição. Nos países de renda alta de seguro social a cobertura foi ampliada até aproximar-se da cobertura universal.

Provisão de serviços: pode ser pública ou através de *mix* público-privado. O componente público pode ser pago por orçamentos globais ou por produção e o componente privado é contratado e, em geral, pago por produção.

Exemplos de países: Alemanha, Bélgica, França, Holanda, Áustria.

Sistemas Privados

Financiamento: privado, através de pagamento direto ao provedor ou por meio de seguro privado voluntário; em geral, nestes sistemas há programas de financiamento público dirigidos a grupos específicos (pobres ou idosos).

Acesso: definido pela capacidade de pagamento e aos programas públicos específicos de acordo com os critérios específicos.

Organização do sistema: cobertura realizada por diferentes tipos/arranjos de seguros privados, setor público fragmentado e recortado por programas.

Prestação de serviços: setor privado é o principal prestador de serviços, nos programas com componente médico assistencial, o Estado principalmente contrata o setor privado.

Exemplo de país: Estados Unidos.

Embora seja possível identificar os três sistemas-tipo, na prática a maior parte dos países apresenta um tipo dominante e algum componente de outros tipos, de forma minoritária ou residual.

É importante ressaltar que nos países centrais, como mencionado, após a Segunda Guerra Mundial os sistemas de seguros sociais foram incorporando o conceito de seguridade, tornando-se praticamente universais e equitativos. Além disto, as reformas de sistemas levadas a cabo a partir da década de 1990, aproximaram os sistemas-tipo, do ponto de vista da provisão de serviços, como você verá no Módulo 4 deste livro.



Para estudar com mais profundidade como cada país desenvolveu e

organizou seu sistema de saúde, você pode consultar o *site* do Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, disponível no seguinte endereço:

<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>

O estudo comparado dos sistemas de saúde dos países permitirá que você perceba as semelhanças e diferenças em termos de construção histórica e dos formatos de organização, financiamento e gestão dos serviços.

Uma quarta classificação é a de sistemas segmentados, em que convivem diferentes tipos de organização de serviços destinados a diferentes clientela, como era mais claramente o caso do Brasil antes da instituição do SUS, e da maior parte dos sistemas latino-americanos.

Os sistemas de saúde na América Latina

A América Latina é uma região marcada por profunda heterogeneidade política, sócio-econômica, demográfica e cultural. Contudo, é possível encontrar situações muito comuns entre os países, no que se refere à forma como os Estados nacionais enfrentam as questões de saúde. Persistentes desigualdades de renda e desigualdades na atenção à saúde são alguns dos dilemas enfrentados nos países da região, os quais incidem diretamente na capacidade dos governos para responder aos problemas de saúde de sua população.

A configuração dos sistemas de saúde em boa parte dos países é marcada por: direitos sociais diferenciados; segmentação do acesso e da utilização dos serviços; estruturas segmentadas; e financiamento altamente dependente de aportes da economia formal (FLEURY *et al*, 2000). Estas características contribuem e determinam o grau de segmentação e de fragmentação dos sistemas de saúde da região, que se expressam, no primeiro caso, nas diferenças em direitos assegurados e no grau de acesso aos serviços por distintos extratos da população. Pela impossibilidade de uma perspectiva sistêmica, este modelo implica na fragmentação na provisão do cuidado, representada pela duplicação de ações, dupla vinculação dos profissionais e a um misto público-privado na oferta e utilização dos serviços com consequências adversas, em geral, para as classes mais desfavorecidas.

Mesmo no Brasil (modelo público de acesso universal) e na Costa Rica (modelo do tipo seguro social) que constituíram sistemas de saúde de base universal, ainda persistem segmentação e fragmentação, com nítidas diferenças no acesso e utilização dos serviços que favorecem as áreas urbanas e a população de maior renda.

Ainda assim, estes são exemplos dos poucos países da região, além da Venezuela (reforma em curso) que caminharam na direção da construção de sistemas de saúde do tipo público, unificado e de cobertura universal. Em sentido oposto, há o predomínio de sistemas de saúde do tipo seguro social, baseados na inter-relação de financiamento contributivo e não contributivo, ainda que apresentem graus e formatos distintos.

Em vários casos, como Chile e Colômbia, muito frequentemente se observa que o setor público tem assumido a responsabilidade pelas ações de maior abrangência populacional, e no âmbito assistencial tem se responsabilizado pela provisão de um pacote mínimo de serviços definidos como essenciais destinados à cobertura de grupos populacionais mais vulneráveis. Deste grupo, fazem parte aqueles sem nenhum tipo de cobertura de seguro saúde, os grupos de menor renda, populações indígenas e residentes em áreas rurais de difícil acesso. Deve-se mencionar que a compreensão do que seria um serviço essencial é também muito diversa entre as propostas de pacote mínimo. Em geral, são pacotes que cobrem serviços tipicamente de atenção primária em saúde, em muitos casos sem a garantia da provisão de serviços de maior densidade tecnológica. Os governos têm investido, principalmente, em ações voltadas para grupos como mulheres e crianças, e na cobertura de ações de controle de algumas doenças transmissíveis, consideradas de grande impacto nas condições de saúde da população.

No próximo módulo veremos que, ao longo da década de 90, tanto os sistemas nacionais de saúde como os de seguro social iniciaram processos de reformas que introduziram medidas que levaram a algum grau de aproximação entre os dois tipos de sistemas.

Atividade do Módulo 3

Na Unidade I, você estudou a história das políticas de saúde no Brasil e em que contexto se deu criação do SUS.

Como você correlacionaria o que você aprendeu sobre o caso brasileiro com o que você viu no Módulo 3 sobre a gênese dos sistemas de saúde e sua estreita correlação com os sistemas de proteção social?

Envie sua resposta para seu tutor.

Referências

ALMEIDA C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saúde Pública* 18(4): 905-925, 2002.

BRUNDAGE A. *The English poor Laws, 1700-1930. Social History in Perspective*. London: Palgrave Macmillan, 2001.

BUSS, PM., and LABRA, ME., orgs. *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

CONILL EM, FAUSTO MCR. *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*. Proyecto Eurososal Salud, Documento técnico. Rio de Janeiro: IRD, 2007 Disponível em: <<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/arq6952.pdf>>.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Health Systems in Transition (HiT) series. *Germany HiT*, 2005. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/countries-and-subregions/germany-hit-2005>>.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Health Systems in Transition (HiT) series. *England HiT*, 2011. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/countries-and-subregions/england-hit-2011>>.

FERRERA M, RHODES M. *Recasting European Welfare States*. London: Frank Cass Publishers, 2000.

FLEURY S, BELMARTINO S, BAUS E. *Reshaping health care in Latin America. A comparative analysis of health care reform in Argentina, Brasil and Mexico*. Canadá, International Development Research Center, 2000. Disponível em: <<http://www.idrc.ca/EN/Resources/Publications/Pages/IDRCBookDetails.aspx?PublicationID=265>>.

FLEURY S. Universal, dual or plural? Health care models and issues in Latin America. In: MOLINA CG, ARCO JN, (orgs.) *Health services in Latin America and Asia*. Washington, D.C.: Interamerican Development Bank; 2001. p. 3-36.

FREEMAN R, MORAN M. A saúde na Europa in NEGRI B E VIANA AL (orgs). *O sistema único de saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime, 2002.

KICKBUSCH I. Action on global health: Addressing global health governance challenges. *Public Health*, n. 119, p.969–973, 2005.

KICKBUSCH I. Inovación en políticas de salud: respondiendo a la salud de la sociedad. *Gac Sanit* 21(4) 338-342, 2007.

MESA-LAGO C. *As reformas de previdência na América Latina e seus impactos nos princípios de seguridade social*, 2005 tradução da Secretaria de Políticas de Previdência Social. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2006. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_081014-111405-101.pdf>.

MESA-LAGO C. *Reassembling social security: a survey of pensions and health care reforms in Latin America*. New York: Oxford University Press; 2007.

RISSE GB. *Mending Bodies, Saving Souls. A History of Hospitals*. Oxford University Press, 1999.

SALTMAN RB, FIGUERAS JF, SAKELLARIDES C (orgs). *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Open University Press, 1998.

VIANA AL, ELIAS PE, IBAÑEZ N (orgs.) *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec; 2005.

WEBSTER C. *The National Health Service: a political history*. Oxford University Press, 2002

4. As Redes de Atenção à Saúde: histórico, conceitos e atributos

Rosana Kuschnir

Como você verá com mais detalhes nas Unidades 5 e 6, a definição dos objetivos, referentes à situação ideal a que se quer chegar, norteia todo o processo de planejamento e orienta a eleição de prioridades e a definição das estratégias de intervenção.

No caso da discussão acerca da organização de serviços de saúde e de redes assistenciais de que trataremos nesta Unidade, o objetivo é a organização de serviços em redes, uma das diretrizes do SUS e a estratégia que foi seguida por todos os sistemas de saúde que têm por princípios a universalidade, equidade e integralidade.

Neste módulo, serão descritos, em linhas gerais, dois modelos de organização de serviços nos sistemas-tipo, um com ênfase na organização em redes e outro com as principais modificações introduzidas no sistema de saúde britânico pelas reformas realizadas a partir do início da década de 90.

Ao final do módulo, esperamos que você seja capaz de:

- ▣ Identificar os modelos de organização de serviços em cada sistema-tipo.
- ▣ Correlacionar os modelos de organização de serviços aos princípios norteadores de cada sistema-tipo.
- ▣ Aplicar os conceitos apresentados à interpretação do caso brasileiro e da realidade local.

Sistemas de Saúde e Organização de Serviços

As distinções encontradas entre os sistemas de saúde no que diz respeito à concepção básica e ao financiamento, refletem-se também nos arranjos para a organização da provisão da atenção. Nas formas iniciais do seguro social, da mesma forma como já acontecia nos esquemas organizados de forma autônoma por trabalhadores, eram realizados contratos entre os fundos/ caixas e os provedores de serviços de saúde, fossem eles provedores individuais – como os médicos; ou institucionais, como hospitais, clínicas ou laboratórios.

Em sua primeira fase, a componente saúde dos seguros sociais não era muito importante. Com o desenvolvimento tecnológico a partir da Segunda Guerra Mundial e especialmente a partir da década de 1970, a oferta, utilização e o gasto em ações e serviços de saúde cresceram de forma exponencial, colocando-se no centro da discussão acerca da reforma de sistemas.

À medida que a oferta de serviços de saúde se torna mais importante, os sistemas de seguro social passam a dispor de seus próprios serviços – ambulatoriais e hospitalares. Além destes, em maior ou menor medida, dependendo do caso, continuam mantendo contratos com provedores filantrópicos e privados (e em alguns casos, também com hospitais públicos, como na Alemanha).

Assim, nos sistemas de seguro social, a provisão de serviços é feita por um *mix* de serviços públicos e de serviços privados contratados pelo(s) fundos(s), em geral pagos por produção. No caso alemão, o cuidado ambulatorial é realizado em consultórios de todas as especialidades, e os generalistas ou clínicos gerais não exercem a função de controle do acesso aos outros níveis do sistema, através de mecanismos de referência. O acesso aos serviços, em geral, se dá por livre escolha do segurado, inclusive para níveis de maior densidade tecnológica (complexidade).

Os sistemas deste tipo têm menor controle de acesso aos níveis de maior complexidade, correspondendo a um grau de escolha para o usuário muito maior que nas redes hierarquizadas tradicionais. Por outro lado, incorporam mais tecnologia e apresentam maiores gastos em saúde.

Ao mesmo tempo, esta lógica de organização resulta num sistema muito mais fragmentado do que as redes dos sistemas nacionais de saúde, o que dificulta a continuidade do cuidado.

No caso americano, o grau de fragmentação na oferta de serviços e na prestação do cuidado é ainda muito maior. A provisão é realizada por diferentes tipos/arranjos de seguros privados e por um setor público fragmentado e recortado por programas. Os estados contam com grande autonomia para o desenvolvimento de seus programas (como o Medicaid), assim como os *counties* (municipalidades) de economia mais sólida. Assim, existem grandes disparidades entre estados e municípios na oferta e no acesso a ações e serviços públicos de saúde.

O setor privado é o principal prestador de serviços e é contratado pelo Estado para cumprimento do componente médico assistencial dos programas públicos. A relação entre o usuário e o prestador, portanto, é mediada por um “terceiro pagador” – seja ele o Estado ou um plano de saúde, o que possibilitou a expansão do segmento privado lucrativo.

O setor privado é composto por instituições de natureza diversa, organizadas e inter-relacionadas por uma gama de arranjos administrativos e financeiros. O setor não lucrativo, composto pelas mais antigas instituições das antigas instituições de caridade, vem passando por um processo recente de transformação em instituições lucrativas, que, por sua vez, vêm se transformando em cadeias prestadoras de serviços, através de processos de integração horizontal e vertical.

Já no caso dos sistemas universais, como se discutirá a seguir, a organização de serviços é baseada em redes, referidas a populações de abrangência que ocupam um dado território.

Origem do conceito de redes

O conceito de redes de serviços não é novo. Quando das discussões iniciais acerca da constituição de um sistema que cobrisse toda a população britânica, o primeiro-ministro da Saúde nomeou uma comissão com a incumbência de definir “esquemas para a provisão sistematizada de serviços médicos e afins que deveriam estar disponíveis para a população de uma área dada” (WEBSTER, 2002).

Esta comissão, coordenada por Lord Dawson, elaborou a primeira proposta de um modelo de redes de serviços de saúde, apresentada no Relatório Dawson em 1920 (Ministério de la Salud de Grã-Bretanha, 1920; OPAS, 1964). Propunha-se, pela primeira vez, a definição de bases territoriais e populações-alvo, ou seja, regiões de saúde. Estas populações seriam atendidas por unidades de diferentes perfis assistenciais, organizadas de forma hierárquica.

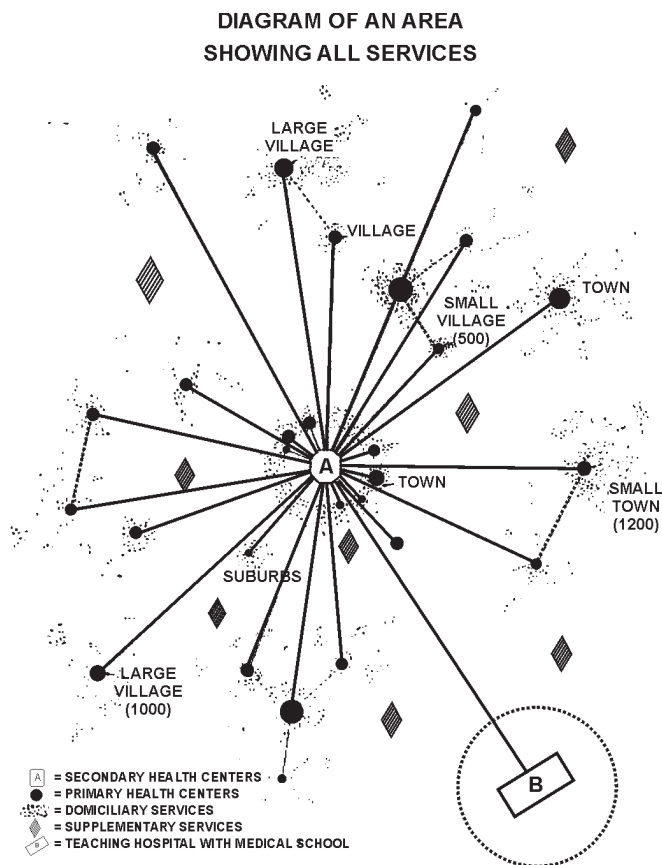
Assim, propôs que a “porta de entrada” no sistema fosse um centro de saúde, que empregaria os *general practitioners* (GP’s) – os médicos generalistas ingleses, que já então clinicavam de forma autônoma. Estes centros de saúde, localizados em vilas, estariam ligados a um centro de saúde mais complexo, já então denominado secundário; e os casos que não pudessem ser resolvidos aí seriam referenciados aos hospitais – no modelo proposto, hospitais de ensino.

Os generalistas, então, teriam a função de definir a forma como o paciente “caminha” pelo sistema e por isto rendeu-lhes o nome de *gate-keeper* – literalmente o porteiro, o que toma conta da porta e o de coordenadores do cuidado.

É interessante observar como os conceitos que hoje utilizamos e discutimos, como porta de entrada, regiões, níveis de complexidade, entre outros, já estavam delimitados e claramente definidos no relatório de 1920. Inclusive, a ilustração utilizada é marcadamente semelhante aos modelos que são utilizados até hoje para ilustrar os conceitos de redes de serviços de saúde.

No CD do Curso você vai encontrar a íntegra do Relatório Dawson em tradução para o espanhol. Não deixe de ler, vale a pena!

Figura 1 – Proposta de organização de serviços em rede do Relatório Dawson, 1920



A proposta do relatório Dawson, embora solicitada pelo governo, não foi implementada à época e o sistema de saúde britânico seria criado apenas 28 anos depois, em 1948, após o fim da Segunda Guerra Mundial.

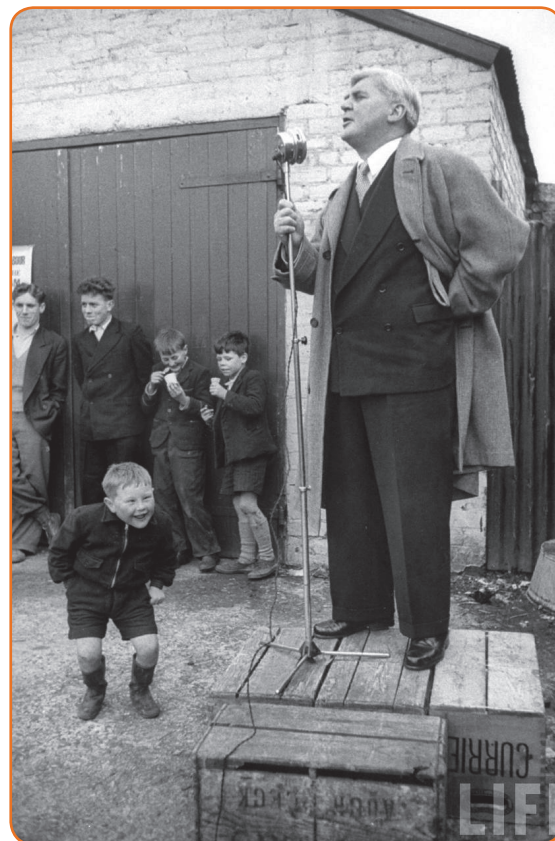
Antes do sistema britânico, o primeiro sistema público universal foi instituído pela União Soviética, a partir de fins da década de 1920. O sistema de tipo soviético foi também implantado nos demais países do bloco socialista, como Cuba e nos países europeus que passaram a compor o bloco após a Segunda Guerra Mundial, como a Polônia e Hungria. É conhecido como sistema de tipo Semashko, denominação derivada de NA Semashko, primeiro comissário do povo para a saúde da União Soviética. É caracterizado por um sistema público, financiado diretamente pelo Estado, centralizado e com alto grau de normatização. Como todos os sistemas universais, é estruturado em redes hierarquizadas e regionalizadas de serviços e gerido pelos diferentes níveis da administração estatal – central, regional e local. É estruturado verticalmente e com responsabilidades muito bem delimitadas. Um exemplo mais próximo de um sistema deste tipo, extremamente bem-sucedido, é o sistema cubano.

Quando o Relatório Beveridge foi encaminhado à discussão do parlamento britânico, em 1942, a proposta inicial seguia um modelo semelhante ao proposto por Dawson, inclusive com a construção de centros de saúde onde os generalistas (GP's) trabalhariam, sob gestão do governo local. Todos os médicos seriam contratados pelo Estado e trabalhariam em centros de saúde e hospitais.

No entanto, houve grande oposição dos médicos, tanto especialistas quanto generalistas – cada grupo com sua representação –, que temiam a perda da autonomia profissional e não aceitavam a gestão local. Em plebiscito, os médicos se recusaram a participar do novo sistema.

Ao final de um longo processo de negociação, o sistema foi criado sob responsabilidade e gestão do governo central e os médicos generalistas foram incorporados como médicos independentes, contratados pelo Estado, com dedicação exclusiva – não lhes é permitida a prática privada – responsáveis pelo primeiro nível de atenção e pela “porta de entrada”.

Figura 2 – Aneurin Bevan, Ministro da Saúde Britânico a partir de 1945 e responsável pelo estabelecimento do NHS



É interessante como este modelo, que nasceu das condições específicas de implantação do sistema britânico, acabou por tornar-se um modelo seguido por diversos outros países em outros contextos. Inclusive tem sido adotado pelos planos de saúde privados – inicialmente nos Estados Unidos – nas formas de atenção conhecidas pelo nome geral de cuidado gerenciado (*managed care*).

Os especialistas foram incorporados como médicos assalariados, trabalhando em hospitais – onde se localizava toda a atenção secundária, inclusive ambulatório de especialidades – mas com grande controle sobre suas condições de trabalho, podendo inclusive manter prática privada.

Já os hospitais que existiam à época – ou grandes hospitais universitários ou pequenos hospitais comunitários – foram todos passados à propriedade e gestão do governo central.

A organização funcional da rede foi a mesma proposta por Dawson e já adotada pelo modelo soviético. A partir do cuidado realizado pelo generalista no primeiro nível de atenção, caso este considerasse necessário – e apenas nestes casos – o paciente seria encaminhado ao atendimento especializado ambulatorial e deste para o atendimento hospitalar – em geral, para o hospital distrital e deste para o hospital regional, se fosse o caso.

A ampliação da cobertura do primeiro nível de atenção se deu a partir dos generalistas, que garantem até hoje literalmente 100% de cobertura da população. No caso inglês, os generalistas são pagos por capitação, uma forma de remuneração bastante utilizada para a atenção de primeiro nível, que paga ao médico pelo paciente inscrito em sua lista, independente do número de consultas realizadas. Nesta forma de pagamento paga-se não pela produção de consultas, mas pela responsabilidade pelo cuidado.

E, de fundamental importância na concepção de uma rede, em todos os casos, a responsabilidade pelo paciente é do primeiro nível de atenção. Não é bem o que conhecemos como referência e contrareferência. É mais. Significa que é neste nível que se estabelece o vínculo entre o cidadão e o serviço de saúde. O paciente é encaminhado a exames, ou referenciado a outros níveis do sistema, mas continua vinculado ao generalista, que pode ser acionado a qualquer momento pelo paciente. Ademais, o primeiro nível é responsável pela atenção integral, compreendida como o cuidado preventivo, a atenção a episódios agudos e o acompanhamento de casos crônicos. Este conjunto de responsabilidades e ações caracteriza a função de coordenação do cuidado.

Esta é, portanto, a origem dos conceitos de rede que discutimos como base para a construção de sistemas universais. É característica, em sua concepção básica, de sistemas nacionais de saúde, característicos de sociedades que têm por base a concepção de que as políticas e os serviços sociais são direitos do cidadão, portanto para todos e sem diferenciação – um sistema universal e equitativo. Na maior parte dos casos, a provisão dos serviços é feita quase que exclusivamente por serviços públicos.

Este modelo, o mais clássico dos modelos de redes de serviços de saúde, foi seguido, em sua concepção básica de organização funcional, por todos os países que construíram sistemas únicos de saúde. É ainda o preconizado pela Organização Mundial de Saúde.

O fato de terem a mesma concepção básica, não significa de modo algum que a definição das características – escopo das atividades e escala – dos serviços em cada nível da rede sejam as mesmas em todos os casos. Em alguns, o primeiro nível é constituído por generalistas contratados, a exemplo do modelo inglês; em outros, por generalistas ou clínicos, pediatras e ginecologistas trabalhando em centros de saúde. Em todos os casos, no entanto, é mantida a lógica de acesso aos outros níveis do sistema através da referência a partir do primeiro nível.

Como se discutirá no próximo módulo, o fato de que nos sistemas de tipo universal os serviços sejam organizados em redes regionalizadas e hierarquizadas não se dá por acaso, na medida em que há uma relação intrínseca entre a proposta de universalização e equidade e a constituição de redes.

Novas formas de organização: as mudanças introduzidas pelas reformas dos anos 1990

A partir da década de 1980 e principalmente da década de 1990, os sistemas de saúde vêm passando por processos de reforma em vários países. Iniciado nos países centrais, a agenda de reformas foi impulsionada, por um lado, pela crise econômica e pela necessidade de controlar o gasto em saúde, que vinha crescendo exponencialmente com o envelhecimento das populações e o desenvolvimento tecnológico.

Por outro, o questionamento aos sistemas públicos de saúde insere-se num movimento mais amplo de reforma do próprio Estado, que questiona não só o papel da intervenção estatal na provisão de serviços, como a própria noção de saúde como direito de cidadania.

Ao mesmo tempo, os sistemas nacionais de saúde efetivamente apresentavam problemas de eficiência, de qualidade e de restrição de escolha. O grande mecanismo de regulação de acesso aos serviços ao longo da rede, a partir do no primeiro nível, é a lista de espera, tanto para consultas ambulatoriais especializadas quanto para as internações cirúrgicas eletivas.

No NHS inglês, sempre foram um problema particularmente importante. Espera-se principalmente por cirurgias para hérnias, veias varicosas, prótese de quadril, histerectomia, catarata, amigdalectomia e adenoidectomia. Entre as causas principais para o estrangulamento do acesso foram apontadas a falta de financiamento; a má distribuição de leitos; ineficiência na utilização dos recursos; déficit de recursos humanos (médicos e enfermeiras) e o duplo vínculo dos especialistas.

Em 1979, Margaret Thatcher foi eleita no Reino Unido com um programa de reforma econômica e social radical, baseado na diminuição do gasto público e do envolvimento estatal na economia e foi dado início a um amplo programa de privatizações.

No caso do NHS, a política inicial ficou restrita à contratação de serviços gerais (lavanderia, nutrição e limpeza) e pouco se mudou substancialmente durante a primeira década. As propostas de mudança nos mecanismos de financiamento, em direção à maior participação do financiamento privado, tiveram que ser abandonadas diante de desaprovação popular.

Em 1989, foram apresentadas as propostas de reformas que seriam adotadas em 1991, configurando a mais profunda reforma do NHS em sua história e que foi discutida em todo o mundo e adotada em outros países.

A estratégia fundamental foi a de tentar instituir “mecanismos de mercado”, entre os quais a competição entre os diversos serviços, com intuito de fomentar a eficiência, a melhoria da qualidade e proporcionar maior escolha.

Foi criado o “mercado interno”, através da “separação das funções de financiamento e de provisão”, instituindo-se algum grau de flexibilização administrativa em unidades públicas, com a transformação de hospitais em *trusts* autônomos. Estes *trusts* não mais seriam financiados por orçamentação direta, mas competiriam pelos contratos de prestação de serviços com os gestores regionais, com pagamento por produção. Ao mesmo tempo, institui-se um esquema que envolveu parte dos GP's, em que estes recebiam orçamento para compra de serviços para seus pacientes.

As primeiras avaliações de resultados da estratégia de criação do “mercado interno” mostraram que efetivamente logrou-se um aumento da eficiência na produção hospitalar, aumentando-se o número de internações e diminuindo-se a ociosidade observada em muitos serviços.

No entanto, alguns problemas haviam sido criados. A introdução de múltiplos “compradores” levou à fragmentação do sistema e embora os hospitais tenham se tornado mais produtivos, se reorganizaram para realizar os procedimentos mais lucrativos de acordo com as novas formas de pagamento, em detrimento do tratamento de problemas mais complexos e/ou pacientes mais doentes. Os hospitais mais complexos e de ensino passaram a ter enormes déficits, já que não poderiam se manter apenas com os contratos que pudessem obter e, para que não “quebrassem”, foi necessária suplementação orçamentária que garantisse sua sobrevivência.

Um problema adicional foi gerado pelo esquema dos GP’s que compravam serviços. Seus pacientes efetivamente passaram a ter mais acesso a serviços de nível secundário, quando comparados aos pacientes dos GP’s que não integravam o esquema. No entanto, isto estabeleceu duas classes de pacientes, ferindo o princípio de equidade, resultado inaceitável para a população inglesa.

Finalmente, observou-se que os ganhos de eficiência estavam sendo parcialmente contrabalançados pelo aumento nos custos administrativos do novo modelo, que se tornavam cada vez mais altos.

O Partido Trabalhista, à época na oposição, combateu o “mercado interno” durante toda a década e o NHS foi uma das principais questões em discussão nas eleições de 1997, quando a oposição venceu. Embora tenha sido mantida a separação entre financiamento e provisão o objetivo deixou de ser a competição e passou a ser a parceria e colaboração, com ênfase no planejamento, na definição de prioridades segundo necessidades de saúde e no aperfeiçoamento da elaboração de contratos.

Instituiu-se nova ênfase no monitoramento da performance dos serviços, desenvolvendo indicadores para cada área de atuação, estabelecendo metas e tornando públicos os resultados de todos os serviços. Foi também criado o Instituto Nacional de Excelência Clínica (NICE), com o objetivo de coletar evidência acerca da melhor prática clínica e disseminá-la pelo NHS.

Já nos sistemas de seguro social, inclusive na Alemanha, os objetivos centrais da reforma foram conter o gasto em saúde e tentar minorar a fragmentação e a descontinuidade do cuidado.

No caso alemão, o maior gasto em saúde entre os países europeus, desde 1977 várias mudanças vêm sendo introduzidas, objetivando a contenção de custos. Foram estabelecidos tetos e controles orçamentários para serviços ambulatoriais e medicamentos. Foi também modificada a forma de pagamento aos serviços de internação hospitalares, limitando o pagamento por diárias, anteriormente adotado, e introduzindo o pagamento por Diagnosis Related Groups's (DRG's – um tipo de pagamento por casos).

Na Unidade VII você encontrará uma detalhada discussão sobre métodos de pagamento

Por um longo período, vem sendo tentada também, ainda que com grande dificuldade, a instituição do papel de *gate-keeper*, com o objetivo de regular o fluxo dos pacientes ao longo do sistema. A partir de 2000, algumas medidas nesta direção puderam ser introduzidas, como, por exemplo, a obrigatoriedade de oferta pelos fundos/caixas de modelos com *gate-keepers*.

Foram instituídos a avaliação tecnológica para inclusão/exclusão de tecnologia no pacote de benefícios dos fundos e introduzidos alguns copagamentos (taxa de 10 euros pelo primeiro contato com o médico a cada três meses e de toda consulta não referenciada e 10 euros por dia de internação).

Ademais, vem sendo tentadas novas estratégias de fortalecimento da articulação entre os vários níveis do sistema, aproximando-se, portanto, das formas organizacionais tradicionalmente adotadas pelos sistemas nacionais de saúde.

Já a partir desta década, algumas novas formas de articulação entre serviços vêm sendo testadas a partir de rearranjos institucionais, tanto nos sistemas nacionais quanto nos de seguro social. No Reino Unido, o desenvolvimento de *clinical networks* (redes clínicas) para o tratamento de pacientes crônicos começou na Escócia, inicialmente dirigido ao tratamento de câncer e mais recentemente vem sendo proposto para o tratamento da doença renal crônica.

Os *networks* são conformados por profissionais que trabalham nos diversos níveis de atenção do sistema, por organizações representativas de pacientes e suas famílias e por sociedades de especialistas, que passam a trabalhar articuladamente, desenvolvendo protocolos clínicos e mecanismos próprios de articulação das práticas, que perpassam todos os serviços envolvidos. Em suas propostas para o desenvolvimento da política nacional de atenção aos pacientes crônicos, o NHS propõe que futuramente a contratualização de serviços para o tratamento seja feita com os *networks*, configurando na prática um novo ente que se responsabilizaria pelo cuidado integral.

É importante levar em conta que a busca por mecanismos cada vez mais sofisticados de integração – sejam eles destinados à integração entre serviços, entre as práticas ou entre as ações dirigidas ao mesmo usuário –, torna-se mais importante à medida que a população envelhece e aumenta o número de portadores de doenças crônicas.

Para um paciente agudo, a continuidade do cuidado é central durante um período curto de tempo, correspondente ao episódio específico, como por exemplo, uma amigdalite ou um trauma. No entanto, no caso de pacientes crônicos, muitas vezes apresentando múltiplas patologias, o cuidado é contínuo e envolve muitos profissionais e instituições. O foco muda para a manutenção do equilíbrio funcional e a coordenação é um elemento-chave.

Quanto menos segmentado e fragmentado um sistema de saúde, maior a possibilidade de que os arranjos organizacionais já em operação ensejem a coordenação do cuidado, como é o caso das redes em sistemas nacionais de saúde. Ainda assim, com a mudanças de perfil epidemiológico também nestes países, novos mecanismos e instrumentos de coordenação vêm sendo desenvolvidos e colocados em prática, como você verá em detalhe na Unidade VII.

Sistemas Integrados Americanos

Já em sistemas com alto grau de segmentação e prestação de cuidado muito fragmentada, a coordenação é bem mais difícil, o que levou ao desenvolvimento de estratégias que utilizam alguns arranjos organizacionais semelhantes às redes dos sistemas nacionais de saúde, mas que não se confundem com estas.



Em 2012, após muito debate, o governo britânico de coalizão e maioria conservadora, introduziu uma série de mudanças no sistema, através do Health and Social Care Act, que instituiu a compra de serviços por mais de 200 grupos de GP's e por outras organizações especialmente criadas e possibilitou a entrada de mais provedores, inclusive privados. Considerada por muitos uma mudança em direção à fragmentação e privatização, a reforma vem sofrendo oposição de profissionais de saúde, sindicatos e parte da imprensa. Se quiser saber mais, acesse o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde/ Organização Mundial de Saúde em: <http://www.hspm.org/countries/england11032013/countrypage.aspx>



Em março de 2010 foi assinada pelo presidente americano

Barack Obama a lei que reforma o sistema de saúde, aumentando a cobertura e acesso ao seguro.

Conhecida informalmente como “Obamacare”, enfrenta oposição e o Partido Republicano já apresentou, sem sucesso, mais de 50 propostas ao Congresso, buscando sua anulação. Em abril de 2014, foi anunciado que mais de 7 milhões de americanos haviam aderido ao Programa, superando as expectativas.

Se quiser saber mais, acesse o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde/Organização Mundial de Saúde em: <http://www.hsrm.org/countries/unitedstatesofamerica18112013/countrypage.aspx>

Este é o caso americano, baseado em seguro voluntário de empresas, que deixa de cobrir cerca de 47 milhões de pessoas e dois grandes programas públicos – o Medicare, de responsabilidade federal e dirigido à população maior de 65 anos e o Medicaid, para cobertura de populações de baixa renda, sob responsabilidade dos estados.

Os custos gerados pela fragmentação, aliados a formas de pagamento por itens e procedimentos, geraram o significativo crescimento do cuidado gerenciado (*managed care*), que engloba diferentes arranjos organizacionais, centrados no pagamento por capitação a distintos tipos de organizações, que se responsabilizam pela provisão de todo o cuidado a um paciente, seja através de rede própria de serviços, seja por diferentes tipos de contratos estabelecidos com provedores.

As organizações de cuidado gerenciado desenvolveram mecanismos de controle de acesso e de utilização de recursos, entre os quais a instituição do generalista *gate-keeper*, que controla o acesso aos especialistas e a adoção muito rígida de protocolos clínicos e controle da prática profissional. Ao mesmo tempo, foram desenvolvidas estratégias específicas de coordenação do cuidado a pacientes crônicos, como o gerenciamento de casos (*case management*) e o gerenciamento de doenças (*disease management*).

Estas duas estratégias de coordenação do cuidado, você verá em detalhes na Unidade VII.

Do ponto de vista da configuração do sistema, num mercado altamente competitivo, iniciou-se um intenso processo de reestruturação caracterizado pela consolidação, com a substituição dos hospitais filantrópicos que haviam sido responsáveis pela maior parte da provisão, por corporações lucrativas e a partir das décadas de 1980 e 1990 pelo movimento de integração vertical, desde entre provedores de serviços clínicos de diferentes níveis – em geral a articulação de serviços ambulatoriais em torno de um hospital –, até a constituição de sistemas mais abrangentes, integrando provisão clínica, serviços de laboratórios e imagem e de produção de equipamentos e insumos (GREENBERG, 2002).

Este processo deu origem a diferentes combinações de provedores, com conformações estruturais muito diversas, que se tornaram conhecidas pela denominação genérica de “sistemas integrados”. Apenas no período 1993-1997, foram identificados 1.917 sistemas integrados formados e 1.466 dissolvidos (GREENBERG, 2002).

A definição adotada por Shortell (1994) para os sistemas integrados – “uma rede de organizações que provê, ou faz arranjos para prover, um *continuum* coordenado de serviços de saúde a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve” – acabou por tornar-se amplamente adotada, muitas vezes como sinônimo de redes regionalizadas.

No entanto, é importante notar que a definição não contempla a questão do território. Ou seja, não se trata de redes regionalizadas. Na realidade, nem poderia, na medida em que os sistemas integrados americanos desenvolveram-se no âmbito dos planos privados e da questão da saúde pública, o que pressupõe a ação sobre os determinantes e implica na organização de serviços e ações com base em territórios, sendo esta função precípua do Estado.

Assim, no caso americano, como resposta às pressões de mercado, observam-se processos de integração vertical com arranjos organizacionais em níveis de atenção, generalistas “gate-keepers” e mecanismos de referência, que lembram os modelos tradicionais de organização em redes dos sistemas universais.

Alguns dos instrumentos para a coordenação do cuidado desenvolvidos no mercado americano, por outro lado, vem sendo utilizados e/ou testados em sistemas públicos, como você também verá na Unidade VII.

No entanto, ainda que os arranjos organizacionais e os instrumentos institucionais em busca da integração do cuidado sejam similares, os valores, premissas e objetivos que informam cada um dos sistemas e a resultante forma de organização de serviços implicam em contextos muito distintos.

Os sistemas nacionais de saúde operam redes com populações definidas geograficamente porque saúde é entendida como bem público e o sistema é universal e equitativo. As redes são o instrumento de garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades.

Já os sistemas integrados americanos são arranjos organizacionais estabelecidos no âmbito do mercado e não têm por pressuposto a universalidade ou a equidade. Como consequência, não se coloca a questão do território, da regionalização – intrinsecamente derivada dos princípios de universalidade e equidade dos sistemas universais. Os sistemas integrados americanos são, por definição, destinados aos que podem pagar, com planos diferenciados que pressupõem acesso desigual e naturalmente não incorporam as questões da saúde pública e da ação sobre os condicionantes sociais, próprias do Estado.

Atributos das Redes de Atenção

Na medida em que as reformas experimentadas pelos sistemas de saúde aproximaram os sistemas-tipo tradicionais, o centro da discussão acerca da organização de serviços tornou-se o da coordenação/integração do cuidado, representando diferentes graus de articulação entre níveis de atenção, provedores ou instituições, com variados tipos de arranjos organizacionais, dependendo do tipo de sistema de saúde em questão (KUSCHNIR, 2010).

No entanto, como assinalado, ainda que determinados mecanismos e instrumentos de coordenação possam ser utilizados em sistemas distintos, a discussão da coordenação/integração está inserida em outros contextos, que influenciam profundamente a própria possibilidade de transferência bem-sucedida destes mecanismos e instrumentos de um para outro.

Por conta desta certa confusão conceitual – em uma revisão sistemática recente foram encontrados mais de 70 termos ou frases relacionadas à integração, compreendendo 175 definições e conceitos – uma série de autores tem argumentado a necessidade de esclarecer conceitos e delimitar modelos, de modo a tornar possível a compreensão de seu significado, a troca de experiências e a avaliação de resultados (ARMITAGE, 2009).

Neste contexto, a partir de 2008, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) empreendeu consultas nacionais e regionais para validação de sua proposta de organização de redes, denominada em sua versão final “Redes Integradas de Serviços de Saúde Baseadas na Atenção Primária” (OPAS, 2009), que provê um marco conceitual para os países latino-americanos.

O documento adota uma versão modificada da definição de Shortell considerando que “as Redes Integradas de Serviços de Saúde podem definir-se como uma rede de organizações que provê, ou faz arranjos para prover, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve”.

Ao basear as redes na atenção primária e introduzir o conceito de serviços de saúde equitativos e integrais, a proposta alinha-se no campo das redes regionalizadas dos sistemas públicos e fornece um marco conceitual para a organização de redes no caso brasileiro.

Define os 13 atributos essenciais das redes integradas de atenção à saúde baseadas na atenção primária:

1. População/território definidos sob sua responsabilidade e amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em saúde, as quais determinam a oferta de serviços de saúde.
2. Extensa rede de serviços de saúde que provê promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em patologias, riscos e populações específicas e os serviços pessoais e de saúde pública.
3. Um primeiro nível de atenção que cubra toda a população e atue como porta de entrada do sistema, que integre e coordene o cuidado da saúde e que resolva a maioria das necessidades de saúde da população.
4. Prestação de serviços de especialidades nos locais mais apropriados, os quais acontecerão preferencialmente em ambientes extra-hospitalares.
5. Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo do *continuum* de serviços de saúde
6. Cuidado da saúde focado na pessoa, na família e na comunidade.
7. Um sistema de governança único para toda a rede.
8. Ampla participação social.
9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico.
10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados.
11. Sistema de informação integrado, que se vincula a todos os membros da rede.
12. Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas da rede.
13. Ação intersetorial ampla e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde.

Estes atributos remetem à proposta de Dawson das redes regionalizadas, que são constituídas por população e território definidos; extensa rede de estabelecimentos de saúde que presta serviços integrais; primeiro nível de atenção com cobertura de toda a população, porta de entrada do sistema, que integra e coordena a atenção e o sistema de governança única para toda a rede e devem utilizar mecanismos de coordenação ao longo de todo o *continuum* dos serviços.

Uma outra contribuição central do documento é a clara separação entre os atributos da rede e os mecanismos e instrumentos de coordenação a serem utilizados para sua implementação. De acordo com a proposta, dada a diversidade de contextos, não seria possível prescrever um modelo organizacional único para as redes e vários esquemas seriam possíveis. O objetivo da política pública seria o de propor um desenho que satisfaça as necessidades organizacionais específicas de cada sistema.



Você encontrará o texto integral do Documento “Redes

Integradas de Serviços de Saúde Baseadas na Atenção Primária”, publicado pela OPAS e o da Portaria MS 4.279/ 2010, que estabelece as diretrizes para organização de redes de atenção à saúde no âmbito do SUS, no CD do Curso.

São identificados instrumentos de política e mecanismos institucionais, cuja pertinência dependerá de cada contexto específico. Uma questão central, ainda, é a de que quaisquer que sejam os mecanismos ou instrumentos utilizados devem estar sempre respaldados por uma política de Estado que impulse as redes como estratégia fundamental para o alcance de serviços de saúde mais acessíveis e integrais, apoiada em um referencial jurídico coerente.

Ao longo deste curso, em suas distintas Unidades, a discussão do planejamento e gestão de redes de atenção estará referenciada ao Documento OPAS e aos atributos das redes por eles definidos, que são também os adotados pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS), um dos países signatários do documento, e que constam da Portaria 4.279, publicada pelo MS em 31 de dezembro de 2010, em que são estabelecidas diretrizes para a Organização de Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (MS, 2010).

Para Praticar

Faça a leitura do texto “Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS”, disponível no CD e no AVA. Ele apresenta em maior detalhe as reformas do sistema britânico e traça paralelos com o SUS. Dê a sua opinião a respeito, anotando-a no Diário de Estudos.



O texto Antecedentes do SUS é parte integrante da Coleção Progestores 2007, desenvolvida pelo CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) em parceria com o Ministério da Saúde. Para conhecer os demais textos da Coleção Progestores, acesse o site: <http://www.conass.org.br>

Atividade do Módulo 4

Leia o texto Antecedentes do SUS (Coleção Progestores 2007), que se encontra no CD e no AVA, na biblioteca do Curso. Correlacione-o com o que você aprendeu na Unidade anterior e neste módulo, e responda:

Na sua opinião quais os grandes desafios à consolidação do SUS, de acordo com os princípios e estratégias definidas pela Constituição de 1988?

Discuta com os companheiros da sua equipe e com o seu tutor, e envie a sua resposta para seu tutor pelo AVA.

Referências

- ARMITAGE GD, SUTER E, OELKE ND, ADAIR CE. Health systems integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care* [serial on the internet], vol 9, 2009 Disponível em: <<http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/316/630>>.
- BAZZOLI GJ. The corporization of American hospitals. *J Health Polit Policy Law* 2004; 29(4-5):885-905.
- BERENSON RA, HORVATH J. Confronting the Barriers to Chronic Care Management in Medicare *Health Affairs*. 2003.
- BILLINGS, JR. What do we mean by integrated care? A European interpretation. *Journal of Integrated Care*, 13(5):13-20, 2005.
- BODENHEIMER T. Disease management in the American market. *BMJ* 320:563-566, 2000.
- CUNNINGHAM LG, KOEN MJ. Improving patient care delivery with integrated case management. *HealthCare Financ Manag* 50(12):34-45, 1996.
- DELAMOTHE T. NHS at 60. Universality, equity, and quality of care. *BMJ* 336:1278, 2008.
- EDWARDS N. Clinical Networks. *BMJ* 324(7329): 63, 2002.
- FAIRFIELD G, HUNTER DJ, MECHANIC D. Managed care: origins, principles and evolution. *BMJ* 314:1823-1833. 1997.
- GREENBERG W, GOLDBERG LG. The determinants of hospital and HMO vertically integrated delivery systems in a competitive health care sector. *Int J*.
- GREENHALGH T et al. Commercial partnerships in chronic disease management: proceeding with caution. *BMJ* 320:566-568, 2000. *Health Care Finance Econ* 2(1):51-68, 2002.
- KLEIN R. The NHS in the age of anxiety: rhetoric and reality—an essay by Rudolf Klein *BMJ* 347:f5104, 2013.
- KLEIN R. *The new politics of the NHS: from creation to reinvention*. Oxford: Radcliffe Publishing; UK, 2006.
- KUSCHNIR R, CHORNY AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.15, no.5, p.2307-2316, 2010.
- LE GRAND J, MAYS N, MULLIGAN J, eds. *Learning from the NHS internal market*. King's Fund, 1998.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA GRAN BRETANA. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines*, 1920. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964. [Publicación científica no 93].

MUR-VEEMAN I. Comparing integrated care policy in Europe: Does policy matter? *Health Policy* 8(2):172-183, 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias*. Washington, D.C: OPAS/OMS; 1990. [Publicación científica no 519].

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria*. Washington, D.C.: OPAS; 2009.

RICO A, SALTMAN R, BOERMA W. *Primary Health Care in the driver's seat: organizational reform in European primary care*. Oxford University Press; 2005.

RIVETT CGC. *From cradle to grave: 50 years of NHS*. London King's Fund, 1998.

SALTMAN RB, FIGUERAS JF, SAKELLARIDES C, editors. *Decentralization in Health Care: Strategies and outcomes*. Berkshire: Open University Press; 2007.

SHORTELL S, GILLIES R, ANDERSON D. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs* 13:46-54, 1994.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Health Systems in Transition (HiT) series. *Germany HiT*, 2005. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/countries-and-subregions/germany-hit-2005>>.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Health Systems in Transition (HiT) series. *England HiT*, 2011. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/countries-and-subregions/england-hit-2011>

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Health Systems in Transition (HiT) series. *United States HiT*, 2013. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/countries-and-subregions/united-states-of-america-hit-2013>>.

VÁSQUEZ MLN, LORENZO IV. *Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos*. Consorci Hospitalari de Catalunya. Barcelona: CHC; 2007.

WEBSTER C. *The National Health Service: a political history*. Oxford University Press, 2002.

WILKIN D. Primary care budget holding in the United Kingdom National Service: learning from a decade of health service reform. *Med J Aust* 176(9): 539-542, 2002.

5. Organizando redes de atenção à saúde: perfis assistenciais, articulação entre níveis e organização de linhas de cuidado

Rosana Kuschnir

Entre as diretrizes do SUS, está a constituição de redes hierarquizadas e regionalizadas de serviços, que, como você aprendeu nos Módulos 3 e 4, foi a estratégia seguida por todos os países que criaram seus sistemas de saúde com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

A regionalização e hierarquização sempre estiveram na base das propostas de reorganização do sistema de saúde brasileiro, ainda nos primórdios da luta pela reforma sanitária. Foi definida como estratégia central pela VIII Conferência Nacional de Saúde, marco da luta pela unificação do sistema e que conformou a agenda que seria incorporada à Constituição de 1988, que criou o SUS.

No entanto, ao longo da década de 1990, pelos próprios rumos do processo de descentralização, a instituição de redes deixou de ser o eixo central em torno do qual se organiza o SUS – mesmo que a proposta pudesse continuar a constar de planos e debates. Apenas a partir da publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), em 2001, a regionalização volta ao centro da discussão. O Pacto pela Saúde 2006 define a regionalização como eixo estruturante de sua dimensão de gestão, “diretriz que deve orientar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores” (Ms, 2006). A Portaria 4.279 publicada pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2010 propôs diretrizes e estratégias para a implementação das redes, entre as quais o fortalecimento da atenção primária e seu papel de coordenação do cuidado; do papel das instâncias regionais na governança das redes; da integração das ações de âmbito coletivo com as de âmbito individual; e implementação do processo de planejamento das redes.



Você encontrará o texto do Decreto 7508/11 no CD do Curso.

O Decreto 7.508 que em junho de 2011 regulamentou a Lei 8.080/90, definiu conceitualmente a região de saúde e instituiu as comissões intergestoras como as instâncias de pactuação entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS, a partir da organização de redes de atenção, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Criou ainda o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), instrumento para a pactuação entre entes federativos, que estabelece estratégias, metas e responsabilidades para a constituição da rede de atenção numa dada região, como você estudou na Unidade de Aprendizagem I.

A construção de redes de serviços é um desafio de enorme complexidade, que envolve uma gama muito ampla de dimensões, que vai desde a definição do “desenho” da rede, compreendendo as várias unidades, seus diferentes perfis assistenciais e a articulação funcional entre elas, até os mecanismos de gestão, financiamento e avaliação de resultados.

No Módulo 4 foi apresentada a origem do conceito de organização em redes e discutida a maneira pela qual os sistemas de saúde universais adotaram o modelo. Neste módulo, são apresentados os conceitos básicos acerca da regionalização e hierarquização de serviços. Como será observado muitas vezes ao longo do texto, os conceitos apresentados são os princípios básicos sobre os quais se organizam redes de serviços. Mas, isto não quer dizer que a forma específica como serviços e ações são organizados deva ser a mesma em todos os casos. Pelo contrário, embora seguindo os mesmos princípios, a conformação específica da rede em cada caso pode e deve ser diferente, levando em conta as especificidades locais.

Neste módulo serão apresentados os conceitos de região, níveis de complexidade e de densidade tecnológica de uma rede assistencial regional, a relação entre os níveis; a correlação entre as propostas de organização de redes e os princípios de universalidade e equidade; as principais questões a serem consideradas no planejamento de cada nível componente da rede e os passos necessários ao planejamento e organização de linhas de cuidado; as questões relativas ao planejamento de investimentos em redes e a correlação entre planejamento de redes e os mecanismos de gestão.

Ao final deste módulo, esperamos que você seja capaz de:

- ▣ Compreender a relação entre os modelos de organização de serviços e os conceitos de universalidade; integralidade; acesso e capacidade de solucionar os problemas.

- Identificar e compreender os conceitos de regiões/territórios e níveis de complexidade/densidade tecnológica.
- Conhecer os passos necessários à organização de linhas de cuidado.
- Identificar a necessidade de mecanismos específicos de articulação entre os níveis.
- Identificar a correlação entre o planejamento e os mecanismos de gestão de redes.

Organização de redes de atenção: conceitos fundamentais

Como observado pela experiência internacional, os países que construíram sistemas de saúde de base universal e que conseguiram garantir efetivamente a cobertura e o acesso, o fizeram através do modelo de redes hierarquizadas e regionalizadas. Isto se dá porque existe uma relação intrínseca entre a organização da atenção em redes e os objetivos de equidade e universalidade.

A construção de redes baseia-se em que, na maioria das populações, são mais frequentes os casos que necessitam de atenção realizada em serviços de menor complexidade – ou de menor densidade tecnológica – do que naqueles de maior complexidade. Assim, para utilizar exemplos extremos, felizmente são mais frequentes os casos de gripes, diarreias, crises hipertensivas do que de tumores cerebrais.

Portanto, para que se possa atender a necessidades de saúde, são necessários mais serviços capazes de atender gripes e diarreias do que de realizar neurocirurgias. Além disto, os primeiros devem necessariamente estar mais perto da população do que aqueles utilizados menos frequentemente, de forma excepcional ou em casos mais graves – que poderiam ser alcançados através de mecanismos de transporte especialmente instituídos.

Por outro lado, a instituição de serviços de neurocirurgia pressupõe equipamentos sofisticados e caros e recursos humanos muito especializados e escassos. Para que seja justificado o investimento, do ponto de vista econômico e social, é necessário um número suficiente de casos para que não se torne ocioso.

Além de evitar a ociosidade dos serviços, duas outras questões embasam a necessidade de concentrar processos de produção de cuidados de maior densidade tecnológica em serviços maiores. A primeira diz respeito à eficiência – melhor uso dos recursos – e se refere às economias de escala.

Assim, por exemplo, quando se considera um serviço cirúrgico, há que se considerar toda a infraestrutura necessária para mantê-lo em funcionamento: o serviço de esterilização, o laboratório, a anatomia patológica, os serviços e contratos de manutenção de equipamentos etc. Boa parte destes gastos, inclusive os de pessoal, são fixos, ou seja, não variam com a produção. Portanto, manter apenas uma sala cirúrgica para a realização de processos complexos é relativamente mais caro, assim como uma UTI com 2 leitos é relativamente mais cara que uma UTI com 10 leitos. Consideradas sob as mesmas condições e mantidas todas as outras variáveis, o custo médio dos procedimentos será mais alto.

A segunda questão diz respeito à qualidade. Para os serviços de maior complexidade, em especial os serviços cirúrgicos, o maior volume da produção está relacionado à melhor qualidade. Desta forma, em um serviço de cirurgia cardíaca que realiza um procedimento por semana, as dificuldades são maiores para manter a *expertise* do *staff* do que em um centro que realiza cinco cirurgias por dia. Não por acaso, para que um serviço possa se tornar um centro formador de recursos humanos, é necessária uma produção mínima, que permita o treinamento.

Mantendo o exemplo, um número suficiente de casos de neurocirurgia só é gerado por uma população muito maior do que a necessária para gerar casos de gripes, diarreias e crises hipertensivas. Portanto, para que seja possível oferecer serviços mais complexos sem risco de ociosidade, beneficiando-se de economias de escala e mantendo a qualidade, é necessário que estes se refiram a populações bem mais amplas do que os serviços cuja função se limita à atenção às patologias mais comuns.

Na medida em que a equidade – da qual a igualdade de acesso é uma das dimensões – é um dos princípios do sistema, centralizar os serviços mais complexos é a única forma de garantir o acesso a todos que deles necessitem.

Esta, portanto, é a proposta de bases populacionais diferentes para serviços e de uma rede de serviços hierarquizada, no sentido de regulação das referências de um nível para outro. A construção da rede, então, é a estratégia pela qual os sistemas nacionais buscam aumentar acesso e diminuir desigualdades.

A rede constitui-se num conjunto de unidades de diferentes perfis e funções, organizadas de forma articulada, responsáveis pela provisão integral de serviços de saúde à população de sua região.

Para que efetivamente seja constituída uma rede, três questões são centrais: cobertura, ou seja, a oferta de ações e serviços deve ser suficiente para atender à maior parte das necessidades de saúde da população da região, incluídas as relacionadas a serviços de maior complexidade; responsabilidade conjunta pela atenção ao usuário; coordenação assistencial, composta tanto pela articulação entre níveis assistenciais quanto pelos mecanismos de gestão clínica.

A região é a base territorial e populacional com autossuficiência em serviços até o nível de complexidade que se defina. A definição da área geográfica e populacional da região depende da área total; do tamanho de populações; das formas de distribuição e ocupação do território; além das características sociais e culturais.

A região não é criada pelo sistema de saúde. É, na verdade, o reconhecimento, pelo sistema, de uma região, de um território, que existe no mundo real, que tem base não apenas territorial e populacional, mas também social e cultural.

Nesse mundo real, a população ocupa o espaço de uma determinada maneira e estabelece fluxos e estratégias de acesso aos serviços de saúde. A região pode abranger várias cidades (municípios), englobar uma cidade (município) e sua periferia ou ser parte de uma cidade (município) e pode (ou não) coincidir com a divisão administrativa e política do país ou estado. Pela diversidade encontrada, não é possível pensar um único tamanho/tipo de região para todo o país.

Um exemplo pode ser encontrado no sistema inglês, o caso clássico de sistema organizado em redes. Embora o distrito (subdivisão da região – microrregião) inglês tenha sido pensado como territórios com algo em torno de 150/200 mil pessoas, na prática os distritos têm em média 250 mil habitantes, mas podem variar entre 80 e 900 mil.

Esta última observação demonstra uma das mais importantes questões acerca da rede de serviços. Embora existam princípios gerais, que definem as funções dos diferentes tipos de unidades numa rede, estas não são construídas através de modelos rígidos, do tipo: “regiões devem ter x habitantes” ou “um hospital de nível secundário deve ser referência para y pessoas”. Estes parâmetros são na realidade orientações gerais, a serem adaptadas em cada caso. Assim, um dos maiores desafios ao planejamento e à programação é a questão de como traduzir o conceito de rede de serviços para uma determinada realidade específica. Se as regiões (e os distritos) são diferentes, também são diferentes o perfil epidemiológico, as demandas e necessidades.

Por outro lado, para uma mesma necessidade ou problema de saúde, existem diferentes composições de recursos que produzem resultados comparáveis, em termos de indicadores de saúde e satisfação do paciente.

Num estudo clássico promovido pela OMS em 1977, Kerr L. White e colaboradores (1977) estudaram a utilização de serviços em 12 regiões de sete países. Verificou-se que para tratar as mesmas patologias, a composição de recursos muitas vezes era diferente e os resultados mostraram a possibilidade de substituição entre elas. De acordo com a oferta, os mesmos tipos de casos eram tratados em ambulatório ou internação, sendo que os resultados ou aceitação por parte do paciente não mostraram grandes diferenças. A conclusão do estudo foi que:

“Os resultados sugerem que não há uma maneira ideal de prover serviços de saúde; ao invés disso, existem escolhas que o planejador e o formulador de políticas devem fazer para alocação de recursos no atendimento às necessidades.”

Uma outra questão central é que, para que se estabeleça uma rede, é necessário que cada nível resolva os problemas que lhe foram atribuídos. Como garantir a capacidade de resolução em cada nível?

É costumeiro encontrar-se a afirmação de que “a rede básica (ou o primeiro nível, ou a atenção primária) é capaz de resolver 80% (ou 85 ou 90%) dos casos”. No entanto, embora largamente repetida, esta afirmativa está longe de se constituir em verdade absoluta.

O primeiro nível do sistema só será capaz de atender (e resolver) 80% dos casos se o perfil epidemiológico for conhecido; a composição desses 80% identificados sejam definidas as intervenções e os recursos necessários para tratá-los; e que se garanta que os serviços estejam organizados e equipados de acordo.

Na medida em que as condições de vida e saúde são específicas, também o é o perfil epidemiológico. Desta forma, o que constitui 80% dos casos na Suécia, por exemplo, é absolutamente distinto dos 80% dos casos no interior do Nordeste. Como poderia uma mesma conformação de rede básica – abstrata – dar conta destas duas realidades?

É importante perceber que a avaliação da capacidade de resolução de problemas de saúde de um serviço específico, denominado de resolutividade, está relacionada à definição prévia de seu perfil assistencial ou seja, o que lhe cabe cuidar/tratar. Se um determinado serviço não tem seu perfil e funções previamente definidos e não consegue dar conta dos casos que lhe chegam – muito provavelmente de forma espontânea e sem mecanismos de referência –, não se pode dizer que é um serviço pouco resolutivo. Na realidade, é um serviço mal planejado.

A única forma de garantir que determinado serviço ou nível de atenção seja resolutivo é a partir da definição prévia de suas funções e o tipo de ações e atividades que devem ser realizadas, de modo que possa ser organizado e equipado para cumpri-las.

Construindo a rede de atenção: funções e perfis assistenciais

a) Níveis de atenção em uma rede: algumas considerações

Para que seja possível configurar uma rede de serviços de saúde efetiva é necessária, portanto, a existência de um conjunto de unidades de diferentes portes, níveis de complexidade e capacidade tecnológica, em número suficiente para garantir cobertura a uma determinada população e trabalhando com uma composição de recursos adequada em cada nível para garantir a resolutividade e qualidade da atenção na provisão do cuidado. No entanto, embora esta seja uma condição *sine qua non*, não é suficiente. É necessário também que o conjunto opere de forma articulada, de modo a tornar a passagem do usuário de um serviço ou de um nível a outro, a mais suave possível.

O primeiro nível de atenção, a atenção primária (APS), é a base sobre a qual se constitui a rede, como já expresso no Relatório Dawson. Embora a composição específica de recursos possa variar em cada caso, as funções da APS na rede são basicamente as mesmas em todos os sistemas universais, como se discutirá adiante, e sua capacidade de cumprir seu papel depende de uma série de condicionantes, entre os quais a cobertura realizada e a qualidade dos recursos humanos.

O reforço do papel da APS na rede, com aumento de seu escopo e responsabilidades, tem sido uma das questões centrais em debate em sistemas públicos, com a utilização de diversas estratégias de coordenação da atenção na interface atenção primária/secundária, que serão discutidas na Unidade de Aprendizagem VII. No entanto, ainda que a APS seja a base sobre a qual as redes se constituem e seu ponto focal, é importante ressaltar que a APS sozinha não é a rede. Esta é constituída pelo conjunto dos níveis assistenciais, atuando de forma articulada e assumindo a responsabilidade pelo cuidado de uma população.

Para além da atenção primária, a definição dos demais níveis apresenta variações, dependendo de cada caso. Como apresentado no Módulo 3, no sistema britânico a rede é constituída por três níveis, representados centralmente pela atenção primária, hospitais distritais e hospitais regionais, que são também descritos como atenção primária, secundária e terciária, uma denominação tradicional.

Já no sistema espanhol, por exemplo, são definidos dois grandes componentes, a atenção primária e a atenção especializada, sendo que esta última engloba os serviços ambulatoriais de especialidades, serviços de emergência, hospitais e centros sócio-sanitários, como são chamadas as unidades de cuidados a pacientes crônicos, de longa permanência ou necessitando de cuidados paliativos. Considerando os dois grandes componentes, a rede está também estruturada em três níveis: APS, hospitais (distritais e regionais) e centros sócio-sanitários.

É interessante ressaltar que nestes sistemas a utilização da tradicional denominação atenção primária/atenção especializada tem sido alvo de controvérsia, na medida em que a própria atenção primária é uma especialidade, representada em sociedades de especialistas, cuja formação de pós-graduação para os médicos é, em média, de cinco anos.

No caso brasileiro, ainda que a denominação de atenção primária, secundária e terciária seja utilizada, tornou-se costumeiro adotar os termos de “média” e “alta” complexidade, derivados do sistema de pagamento, para denominar os níveis da rede. O problema neste caso é que a lógica do sistema de pagamento por procedimentos – como é o caso de boa parte do pagamento realizado no SUS –, quando usada isoladamente, contradiz a ideia de processo de cuidado. A definição de um nível assistencial como um conjunto de procedimentos de “média” ou de “alta” dificulta a compreensão do conceito de rede e sua implementação, na medida em que o processo não é visto em sua totalidade, mas reduzido a uma série de intervenções independentes. Ademais, por derivar de uma tabela de pagamentos, a classificação de procedimentos guarda

pouca ou nenhuma relação com o processo de planejamento. Muitas das intervenções denominadas de “média complexidade” em nosso caso, em outros sistemas formam parte das atividades realizadas pela APS, enquanto alguns procedimentos chamados de “alta complexidade” são ofertados em hospitais distritais e estão longe de ser considerados correspondentes ao nível terciário.

Portanto, a questão da denominação dos níveis não é o mais importante e sim o entendimento conceitual de sua constituição com base em uma determinada articulação de recursos com objetivos bem definidos de resolução de problemas de saúde claramente identificados.

Outro conceito central é o da coordenação da rede pela atenção primária. Em sistemas universais com redes instituídas, a coordenação pela atenção primária é compreendida como a definição do caminho do usuário ao longo da rede a partir da avaliação clínica da equipe da APS. Na medida em que toda a entrada na rede se dá a partir da APS (a única alternativa é o serviço de emergência) e todo cidadão tem seu médico ou sua equipe designada permanentemente, naturalmente é a APS quem define os caminhos a serem seguidos. É fundamental lembrar, no entanto, que os fluxos estão previamente definidos e as equipes da APS sabem para onde encaminhar seus pacientes, assim como os demais níveis sabem que irão recebê-los e estão preparados para isto. Trata-se de coordenação clínica, e não administrativa.

Para que esta coordenação seja possível, portanto, é necessária a existência do conjunto de unidades com funções previamente definidas, fluxos instituídos e mecanismos de articulação bem estabelecidos. É necessária também capacidade clínica na atenção primária, o que lhe permitirá desenhar o plano de cuidado do usuário. Se esta capacidade não existir, não há como existir coordenação e passa-se a ter somente muitos encaminhamentos.

A ideia do desenho de uma rede pressupõe a noção de processo e que este se dê da forma mais suave possível para o usuário, ou seja, com o menor número de barreiras entre serviços e níveis de atenção. Assim, a utilização de mecanismos de coordenação assistencial, tanto para a coordenação entre níveis assistenciais quanto para a do cuidado individual – gestão clínica –, é central à instituição de redes. Mecanismos e instrumentos de coordenação têm sido adotados em diferentes sistemas de saúde, desde os sistemas nacionais europeus ao sistema privado americano, que conformam o grande campo das estratégias de integração/ coordenação. Este inclui tanto incentivos a mudanças nas conformações organizacionais – como os sistemas integrados gerados pelo *managed care*

que você viu no Módulo 2 – quanto a adoção de estratégias mais específicas de coordenação do cuidado, entre as quais as mais conhecidas são os programas de gestão de enfermidades e gestão de casos. Estes temas serão apresentados e discutidos na Unidades de Aprendizagem VII.

b) O primeiro nível de atenção

O primeiro nível de atenção, a atenção primária em saúde (APS), é estrutural à constituição de redes. É sobre ela que a rede se sustenta. Suas funções são ligadas a valores como atenção, acolhimento, pertencimento, confiança e responsabilização; e tem por atribuições a produção de ações e serviços, tanto de promoção e prevenção como de tratamento e acompanhamento e o ordenamento do sistema (porta de entrada).

Assim, as funções do primeiro nível têm sido definidas como:

- ▣ Resolver a maioria dos problemas de saúde da população.
- ▣ Porta de entrada do sistema.
- ▣ Garantir acesso.
- ▣ Garantir vínculo/responsabilização.
- ▣ Acolhimento/acompanhamento.
- ▣ Coordenação do cuidado.
- ▣ Ações de saúde coletiva/ intersetoriais/ação sobre os determinantes sociais.

Já como proposto no Relatório Dawson, a ideia é que no primeiro nível de atenção se crie o vínculo e, mais do que isso, a responsabilização. Do ponto de vista do planejamento e organização de redes, no entanto, para que isto seja possível, algumas questões são centrais.

A primeira e essencial questão diz respeito à “cobertura”. Para que seja estabelecido que a porta de entrada do sistema deva se dar pela APS, esta deve cobrir a maior parte da população, em especial, aquela considerada de maior risco. Se não há oferta suficiente de atenção primária, não é possível defini-la como porta de entrada – assim como não é possível constituir redes de atenção.

A segunda é a garantia de acesso. Além da oferta da atenção primária, o usuário, ao sentir necessidade, na maior parte das vezes deve ser capaz de entrar no sistema através dela. Se isto não acontece, serão utilizadas outras estratégias, como procurar os serviços de pronto atendimento

ou as emergências dos hospitais. A antiga questão da separação entre “demanda programada”, compreendida como consultas de programas e “demanda espontânea”, inexistente nos países que operam com redes, contradiz a noção de integralidade e é uma das formas de limitação de acesso que não permitem que a APS cumpra seu papel.

Uma terceira questão diz respeito à resolatividade. Para cumprir as funções da APS, diferentes países optam por composições distintas de recursos: generalistas autônomos, generalistas em centros de saúde, equipes em centros de saúde, policlínicas etc., que expressam diferentes formas de articular os recursos e as ações de saúde. A questão central é que o primeiro nível deve ser dotado de complexidade – que não se expressa necessariamente em equipamentos, mas na qualidade dos recursos humanos –, e de articulações funcionais que garantam acesso aos demais níveis do sistema.

Uma das questões que podem influenciar a baixa resolatividade do primeiro nível é a noção de que é possível resolver a maior parte dos problemas de saúde apenas através de medidas de promoção e de prevenção. Isto pode ser verdade para determinados perfis epidemiológicos ligados à extrema pobreza e caracterizados por doenças infecciosas e parasitárias. Mas, ignora a complexidade das medidas de promoção e prevenção de uma boa parte dos agravos observados em nosso perfil epidemiológico – em especial em regiões metropolitanas –, incluindo as doenças crônicas degenerativas, em que muitas vezes os fatores de risco e sua interação ainda não são totalmente compreendidos, como você viu na Unidade de Aprendizagem III. Desconsidera, ainda, o papel central da clínica para o cuidar e tratar dos problemas que se apresentam, assim como a necessidade de acesso a meios diagnósticos e terapêuticos.

Por outro lado, deve-se levar em conta, como foi mencionado, que resolatividade não é um conceito abstrato. A “maioria dos problemas” varia de acordo com as características de ocupação do território e o perfil epidemiológico. Qualquer serviço ou nível de atenção numa rede resolverá apenas os problemas para os quais esteja preparado.

Para que o primeiro nível se torne mais resolutivo, é fundamental clarear as fronteiras de resolatividade a ser alcançada, com definição clara dos tipos de casos/situações que devem ser cuidados. A partir desta definição, é necessário dotar a atenção primária dos recursos necessários para tal, aqui incluídos recursos físicos – instalações adequadas e confortáveis para usuários e equipes; materiais, insumos, medicamentos – e muito especialmente os humanos, cuja formação e experiência são fundamentais.

Uma outra questão essencial é a articulação da APS na rede, o estabelecimento de relações institucionais e institucionalizadas – ou seja, não baseadas apenas no contato entre os profissionais, mas determinadas pela gestão do sistema – com os demais pontos de atenção, garantindo o acesso aos demais níveis.

Isto só acontece quando os caminhos a serem percorridos estão previamente estabelecidos, de acordo com grandes grupos de risco/patologias. Sem isto, o profissional da APS dedicará seu tempo a tentar resolver o trajeto de cada paciente, em função de relações não institucionalizadas e das condições específicas em cada momento.

Apenas a APS bem estabelecida, com definições claras de atribuições e recursos disponíveis para cumpri-las, é capaz de coordenar o cuidado em uma rede de atenção. Mas mesmo nestas condições a APS não é capaz, e nem lhe caberia, de criar uma rede onde esta não existe.



Atenção Primária em Saúde

Há uma seleção de textos para seu estudo sobre a APS no CD do Curso. Neles você encontrará tanto as questões relativas à organização e planejamento da APS, quanto as relacionadas ao nível micro da gestão do cuidado, apresentando exemplos de experiências.

Definir com clareza o papel da APS e enfrentar os problemas para que ela possa cumprir esta função é essencial à constituição de redes, mas a APS sozinha não é a rede. “Não existe rede sem uma atenção primária que cumpra o seu papel e não é possível uma atenção primária que cumpra seu papel sem estar inserida numa rede de atenção.”

Para praticar

Volte aos atributos da rede, como apresentados no Módulo 2, e relacione os conteúdos acima com os atributos listados. Registre em seu Diário de Estudos.



Complemente seus estudos com a leitura do texto da Política Nacional de Atenção Básica, publicado pelo Ministério da Saúde em 2012, disponível no CD e no AVA.

c) O cuidado ambulatorial de especialidades

O modelo tradicional é o de especialidades/serviços cujo acesso se dá por referência a partir do primeiro nível – e por isso denominadas de cuidado secundário –, através do estabelecimento de listas de espera. Na medida em que existem diferentes definições acerca do escopo e grau de resolutividade clínica do primeiro nível, também existem diferentes composições de especialidades no nível secundário ambulatorial.

Em cada caso, as definições sobre a composição da oferta em cada nível são função do tamanho da população e da densidade demográfica, do perfil epidemiológico e dos recursos disponíveis. Assim, quando se trata de territórios amplos de grande concentração populacional, como as regiões metropolitanas, há que se considerar que determinadas especia-

lidades para as quais exista maior demanda – cardiologia, neurologia, oftalmologia, por exemplo – devam ser ofertadas no primeiro nível, garantindo resolutividade e evitando criar barreiras de acesso.

Da mesma forma, há diferentes modos de organizar a atenção ambulatorial especializada, que tanto pode ser ofertada em hospitais quanto em unidades ambulatoriais autônomas, do tipo policlínicas, por exemplo. Dependendo da especialidade e considerando o equipamento necessário e o número de especialistas existentes, será necessária maior ou menor concentração de recursos.

Novas formas de produção do cuidado vêm modificando tanto a provisão de ambulatório especializado quanto as características do hospital. Vem se observando grande expansão do nível de cuidado ambulatorial, tanto pela transferência de casos que anteriormente seriam tratados através de internação hospitalar quanto pela incorporação de novas tecnologias. O ambulatório vem incorporando procedimentos complexos, com o desenvolvimento de técnicas anestésicas e de cirurgia minimamente invasiva.

Muitas das especialidades requerem a utilização de exames complementares, de imagem ou de outro tipo, para fechamento do diagnóstico. Para que a integralidade seja garantida é central a articulação entre a atenção especializada e os procedimentos diagnósticos, de modo a evitar que o usuário enfrente longas filas para realizar os exames demandados, o que em muitos casos, como na investigação de diagnósticos oncológicos, pode significar mudança de prognóstico e piora das condições de saúde.

A interface entre atenção especializada e APS tem sido alvo de muito debate e experimentação. Algumas das estratégias tentadas em sistemas universais tem sido: especialistas atendendo em unidades de atenção primária ou, ao contrário, generalistas atendendo em hospitais; elaboração conjunta de protocolos e prontuário eletrônico compartilhado entre médicos da atenção primária e especialistas. Algumas destas propostas você conhecerá com maior detalhe na Unidade de Aprendizagem VII.

d) Os serviços de diagnóstico e de terapia

Os serviços de diagnóstico e terapia são comumente denominados “auxiliares” na prestação de serviços clínicos. Englobam o diagnóstico laboratorial clínico, de anatomia patológica e de imagem. Os de terapia mais comumente referidos são os de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e hemoterapia.

Embora muitas vezes referidos como um grupo aparentemente homogêneo, cada um desses tipos de serviço insere-se de forma distinta no processo de cuidado.

Os serviços de laboratório de análises clínicas podem ser organizados de forma centralizada ou cada unidade dispor de seu próprio laboratório, a forma mais tradicional encontrada em serviços públicos. O fato de ser o mais usualmente encontrado não significa que seja a forma mais racional de organizá-los.

Não por acaso, a centralização da realização de exames, com coleta descentralizada, é a forma de organização do setor privado, já que permite o benefício das economias de escala. Isto porque os equipamentos são capazes de produzir muito mais exames que a maior parte das unidades é capaz de gerar individualmente. E muitos dos insumos estão disponíveis em *kits* que se destinam a um grande número de procedimentos, deixando duas opções: ou abre-se o *kit* para a realização de um exame e perde-se o restante do material ou o paciente deve aguardar até que apareçam outros casos e o *kit* possa ser aberto. Nenhuma das opções parece razoável, evidentemente.

Portanto, com exceção de unidades que disponham de serviços de emergência e que evidentemente devem dispor de laboratórios adequados ao seu nível de complexidade, boa parte dos exames gerados pelos serviços de uma rede podem ser realizados em serviços centralizados, geridos de forma independente e mais eficiente e com coleta do material realizada na unidade de origem, dispensando o deslocamento do paciente.

Os serviços de diagnóstico por imagem são outro tipo de serviço que se beneficia enormemente das economias de escala. Os equipamentos, em geral bastante caros, apenas se pagam se funcionando em plena capacidade potencial, vários turnos ao dia e, em alguns casos, se possível, durante 24 horas ao dia. Os recursos humanos, tanto para a realização do exame como para leitura de resultados são especializados, raros e se beneficiam de um volume de produção maior para manutenção da qualificação. Os insumos necessários são caros e é possível obter melhores preços através de compras centralizadas. Da mesma forma, os prédios para abrigá-los e os equipamentos devem manter contratos de manutenção permanentes.

Todas estas características apontam para a proposta de centralização da produção destes serviços, em unidades maiores – Centros Integrados de Diagnóstico –, com mecanismos de gestão próprios, inclusive com a possível adoção de formas específicas de pagamento. Estas unidades poderiam funcionar em horários muito mais amplos que os normalmente adotados pelas unidades de saúde, permitindo a otimização da utilização dos recursos e a ampliação do acesso.

Já os serviços de anatomia patológica funcionam com uma lógica um pouco distinta. São fundamentais para o estabelecimento do diagnóstico e a definição do estágio de diversas patologias, em especial no campo da oncologia, e pressupõem um recurso humano extremamente especializado – e muitas vezes escasso, mesmo nos grandes centros urbanos. Este profissional faz parte da equipe de cuidado e sua articulação com os demais profissionais envolvidos é fundamental para a definição do caminho do tratamento a ser seguido.

Estes serviços são dirigidos a bases populacionais mais amplas e apresentam distinção de níveis de complexidade de equipamentos, insumos e recursos humanos para a realização de diferentes exames. Assim, cabe avaliar, para cada caso, que tipos de exames serão centralizados em um único serviço de referência terciária, já que por uma questão de garantia de qualidade, os serviços de anatomia patológica devem realizar um número mínimo de procedimentos. Assim, por exemplo, de acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) para o controle do câncer de colo uterino, um laboratório deve ter uma produção mínima de 15.000 exames citopatológicos (Papanicolau) por ano.

Com relação aos serviços de terapia, sua articulação na rede deve ser pensada de outra maneira. Sua característica é a realização de procedimentos que fazem parte de um processo de cuidado, mas que se constituem em subprocessos – como as sessões de quimioterapia, radioterapia ou hemodiálise. Os dois primeiros são parte da atenção aos pacientes oncológicos e o terceiro, ao paciente renal crônico. No entanto, estes procedimentos são parte integrante do cuidado.

O sistema de pagamento por procedimentos – especialmente quando se trata de procedimentos muito dispendiosos – estimulam a constituição de serviços de terapêutica “independentes” ou isolados, que tendem a contribuir para a fragmentação e não permitem a responsabilização pelo cuidado integral, a menos que sejam instituídos mecanismos específicos de coordenação.

e) Os serviços de emergência

A definição do que sejam casos de emergência e urgência tem variado e é pouco precisa. De forma geral, as emergências são definidas como “condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” e as urgências como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” (CFM, 1995). Tanto as urgências como as emergências podem ser oriundas de trauma (causas externas) ou de situações clínicas (infarto agudo do miocárdio, apendicite aguda etc.).

Ainda que considerando a imprecisão das definições, é sabido que a maioria dos casos atendidos em serviços de emergência não são emergências ou urgências. Esta é uma realidade não apenas no Brasil. Estudos mostram que isto também acontece em países como Dinamarca, Suécia, Nova Zelândia, EUA e Reino Unido, entre outros, ainda que com percentuais bem mais baixos que os nossos. Caberia questionar: Quais as necessidades que estão sendo atendidas pelo setor de emergência que não o estão sendo em outros níveis do sistema?

A primeira diz respeito ao acesso, compreendido como entrada no sistema a qualquer momento, com certeza de ser atendido. Isto é particularmente importante quando há insuficiência na atenção primária – como no caso brasileiro.

Em países com rede estabelecida, como no caso inglês, uma necessidade importante é a de escolha. Como uma vez inscrito com o médico clínico generalista o paciente deve permanecer com este médico por um período de tempo definido (em geral, no mínimo um ano) e qualquer consulta a outro médico depende de referência, o serviço de emergência é buscado quando o paciente sente necessidade de uma segunda opinião.

Para que seja equacionado o problema da utilização dos serviços de emergência por casos que não têm indicação para tal, existem diferentes estratégias.

A primeira, certamente, é a organização do primeiro nível de atenção, mas de forma que esta contemple o problema do acesso. Um serviço de primeiro nível cujo acesso é determinado por um número limitado de senhas distribuídas pela manhã ou cujo funcionamento se dá num horário restrito, na prática está impondo barreiras de acesso que levarão inevitavelmente à procura pelos serviços de emergência.

Da mesma forma, se a APS não atende as intercorrências clínicas agudas de grande frequência de sua população adscrita, como infecções respiratórias, crises de asma, crises hipertensivas e os pequenos traumas, por exemplo, a necessidade de serviços de emergência se torna difícil de equacionar, além de dificultar a integralidade do processo de cuidado.

Além de um primeiro nível que garanta capacidade de resolução e acesso, existem estratégias complementares para racionalizar a atenção às urgências e emergências. Por exemplo: a instituição de centros de tratamento de trauma sem severidade; serviços para o tratamento das urgências; serviços de aconselhamento por telefone; atendimento domiciliar de urgência etc. É importante destacar, no entanto, que se estes serviços não são articulados à rede, tendem a ser tornar sobrecarregados, dirigidos centralmente ao alívio passageiro de sintomas e a ter dificuldades para referenciar casos cuja gravidade supera sua capacidade de resolução.

O atendimento às emergências é composto por atendimento pré-hospitalar; hospitalar e de reabilitação. O atendimento pré-hospitalar pode ser organizado de variadas formas. Em alguns países, a ênfase é ampliar o tratamento pré-hospitalar, de modo a evitar, sempre que possível, que o paciente chegue ao hospital. Em outros casos, o tratamento pré-hospitalar consiste apenas numa triagem e transporte aos hospitais.

Os serviços de emergência podem ser organizados de diferentes maneiras. Uma opção é a concentração de todos os tipos de casos em um só serviço. Outra é a organização de serviços diferenciados por tipo de emergência, na medida em que o processo de produção do cuidado aos diversos tipos de emergência é bastante diferente.

Dependendo do número de casos, uma proposta é a separação dos casos de trauma. Os centros de trauma são, em geral, serviços de hospitais gerais, especializados em tratar os casos de trauma severo. Em alguns centros, os pacientes de trauma são separados em enfermarias e UTIs especiais.

O principal diferencial do centro de trauma são os recursos humanos, especializados e com vasta experiência no cuidado a pacientes politraumatizados graves. Pelo próprio peso da estrutura necessária, pelo perfil dos recursos humanos e por ser uma área em que o volume de produção está relacionado à qualidade, a organização de centros de trauma só se justifica para bases populacionais maiores e com grande número de casos.

Outra questão são as emergências clínicas. Uma boa parte dos casos encontrados hoje nos serviços de emergência é de pacientes crônicos e/ou idosos. Muitos poderiam não chegar a esta situação, se estivessem sendo acompanhados devidamente; outros, mesmo em acompanhamento, necessitam internação clínica, já que a descompensação é comum em pacientes idosos; outros, necessitam observação ou pequenas intervenções e há ainda as grandes emergências. Cada um desses tipos de problema poderia ser tratado em diferentes tipos de serviços, como, por exemplo, hospitais de pequeno porte ligados ao primeiro nível, hospitais gerais com pequenas emergências ou serviços de emergência propriamente ditos.

Um problema central a ser enfrentado é a articulação do serviço de emergência hospitalar com os demais serviços do hospital. Nem todos os hospitais gerais devem dispor, necessariamente, de serviço de emergência – embora todos tenham obrigatoriedade de garantir acesso a seus pacientes em caso de emergência.

Este é apenas um tipo de perfil hospitalar. Ademais, nem todos os serviços de emergência devem atender a todos os tipos de casos. Da mesma forma, o processo de reabilitação, quando necessário, é em geral bastante longo e não necessariamente deveria ser realizado inteiramente no hospital geral, podendo o paciente ser transferido a serviços especificamente criados e vinculados ao hospital de origem do paciente.

Concentrar todas as emergências num só hospital pode simplificar a organização das demais unidades hospitalares, mas, devido às especificidades do processo de atenção a cada tipo de emergência e dependendo do volume de casos, pode gerar serviços que se tornam abarrotados de pacientes, sem condições de cumprir todas as funções que lhe são propostas.

Em todos os casos, é fundamental compreender que os serviços de emergência não são autônomos e não devem ser tratados como um subsistema independente. A maior parte das emergências não é resolvida apenas no serviço de emergência. Este, na verdade, é responsável apenas por parte do processo. Um paciente politraumatizado, por exemplo, após avaliação pelo serviço de emergência, poderá ser encaminhado ao centro cirúrgico e de lá deverá ser internado numa enfermaria de cirurgia, ortopedia ou de outra especialidade (embora pareça supérflua a afirmação, é sempre bom lembrar que um paciente não deve voltar ao serviço de emergência após cirurgia). Em muitos casos, necessitará de cuidados prolongados a serem prestados em outro tipo de unidade, sob o risco de “entupimento” dos hospitais com casos de longa permanência. Da mesma forma, um paciente infartado, após a atenção inicial, possi-

velmente necessitará de internação em UTI e de exames para avaliação do quadro, para instituição do tratamento e posterior acompanhamento em serviços especializados.

Os serviços de emergência são serviços de admissão de pacientes no sistema e sua função é a de estabilização e primeiro passo no processo de cuidado. Este deve se dar em um intervalo de tempo necessariamente curto – de 48 a 72 horas, no máximo. Serviços de emergência com tempo médio de permanência de 15 dias, 30 dias, como muitas vezes são encontrados em grandes centros urbanos, são, na realidade, enfermarias sem equipes de rotina, apenas plantonistas – prestando um cuidado descontinuado, sem condições de resolver e muitas vezes agravando os problemas de saúde.

f) Hospitais

As funções do hospital podem ser definidas como o cuidado ao paciente relativo à internação cirúrgica eletiva, internação clínica, cuidado ambulatorial, emergência e reabilitação.

Para além de suas funções assistenciais, o hospital exerce muitas outras, que o tornam uma instituição extremamente complexa. Por exemplo: ensino, pesquisa, assistência social, fonte de emprego, legitimação, poder político e base para o poder corporativo.

As características dos outros componentes da rede definem e redefinem os hospitais. Em especial, as características do primeiro nível de atenção – o nível de cobertura alcançado, acessibilidade, grau de resolubilidade –, determinam em boa parte a demanda que será gerada para o cuidado realizado nos hospitais que, por sua vez, também vão mudando com a incorporação de novas tecnologias.

Um exemplo é o advento da terapia para tuberculose, que levou ao fechamento de milhares de leitos e à extinção de um tipo de hospital.

Da mesma forma, mais recentemente novas formas de produção do cuidado vêm novamente mudando as características do hospital. Muitos casos que só eram tratados através de internação, hoje são atendidos em serviços ambulatoriais, especialmente os cirúrgicos, com o desenvolvimento de técnicas anestésicas e de cirurgia minimamente invasiva. Ao mesmo tempo, vem-se propondo a alta mais precoce de pacientes agudos e crônicos para acompanhamento pela atenção primária. Em alguns casos, pequenos serviços de internação são colocados sob gestão da atenção primária para que episódios agudos ou de agudização de

doenças crônicas possam ser acompanhados, sem necessidade de internação em grandes hospitais.

A tendência tem sido a de tornar a internação hospitalar um período o mais cuidado intensivo e curto possível. Para isso, são necessárias estratégias tanto no período pré-internação quanto no pós, buscando evitar que o tempo passado no hospital se prolongue mais que o necessário. Uma estratégia bastante simples e evidente, no campo da gestão, é a agilização de exames antes da internação. Um paciente de cirurgia eletiva, por exemplo, deveria ser internado com todos os exames realizados, de modo a não aumentar desnecessariamente seu tempo no hospital e sua exposição a infecções.

Da mesma forma, são fundamentais as estratégias para que a alta possa se dar assim que o cuidado prestado pelo hospital não seja mais necessário, ainda que não seja possível que o paciente vá para casa. Os serviços para reabilitação/cuidados prolongados são componentes essenciais de uma rede, assim como a utilização de mecanismos e instrumentos de coordenação entre o hospital e a atenção primária para garantia da continuidade do cuidado após a alta, que desta forma poderá se dar num tempo mais breve.

O desenvolvimento tecnológico e a transferência de processos de cuidado anteriormente realizados em hospitais para outros tipos de serviços – cirurgia ambulatorial, centros de cuidado prolongados, atenção primária – foi modificando a oferta de leitos (medida pelas taxas de leitos/1.000 habitantes) e observou-se a tendência ao fechamento de leitos e hospitais. É interessante ressaltar, no entanto, que isto não significou necessariamente a diminuição da produção hospitalar global, expressa pelas taxas de internação, que em muitos casos aumentou, já que os leitos existentes passaram a “rodar” muito mais.

Ainda assim, após o movimento inicial de diminuição acentuada da oferta, vários países viram-se obrigados a voltar a ampliá-la, ao se depararem com a falta de leitos para internação em momentos de elevação da demanda, como os longos e rigorosos invernos que aumentam em muito as infecções respiratórias graves, especialmente entre os idosos.

Existem diferentes tipos de classificação de hospitais, que consideram distintas dimensões. Uma forma de classificá-los é a partir da consideração de seu grau de complexidade, onde num extremo estão os hospitais de ensino e no outro, pequenos hospitais locais, gerando a classificação hierárquica tradicional de hospitais secundários, terciários e comunitários. Outra dimensão considera os hospitais gerais e especializados ou ainda a localização ou características organizacionais (único ou múltiplo).

Nenhuma classificação dá conta de todas as dimensões e todas as classificações apresentam algum grau de limitação, especialmente as de definição hierárquica do cuidado, já que a fronteira entre hospitais de nível secundário e terciário é cada vez mais difícil. Em alguns casos, por exemplo, o hospital de nível secundário é organizado em clínicas cirúrgicas especializadas, enquanto em outros o cirurgião geral acumula as mesmas funções.

Com a crescente especialização, torna-se impossível definir uma única base populacional para um único modelo de hospital. Cada especialidade se justifica para diferentes bases populacionais. A neurocirurgia, por exemplo, necessita uma base maior que serviços de oncologia. Assim, hospitais terciários vão se diferenciando dentro do grupo: um país pode ter 10 hospitais terciários ofertando cirurgia cardíaca de adultos e apenas um a cirurgia pediátrica; vários podem fazer transplante renal e apenas um o transplante de fígado.

Por outro lado, em boa parte dos casos, quando o estabelecimento de hospitais não foi resultado do planejamento de redes, os serviços de um mesmo hospital não mantêm coerência interna quanto ao grau de complexidade. É possível encontrar, por exemplo, serviços que tratam casos menos complexos ao lado de outros que poderiam ser classificados como de referência terciária.

E mesmo quando inseridos no planejamento em redes, os distintos serviços de um mesmo hospital podem servir a diferentes bases populacionais. Por exemplo, a clínica médica serve às populações mais próximas, enquanto especialidades cirúrgicas têm território de abrangência maior.

Considerando a organização de redes de atenção e a indispensável inter-relação entre os níveis assistenciais, torna-se claro que o planejamento e gestão de hospitais não deve ser visto de forma desvinculada dos demais componentes, mas de maneira articulada, respeitadas as especificidades e a imensa complexidade das organizações hospitalares. A definição do componente hospitalar, na realidade, é um jogo entre acesso, qualidade, custo e os recursos existentes.

Para pensar o planejamento e/ou adequação de hospitais para a constituição de redes, deve-se levar em conta necessariamente a base populacional; distribuição da população; o perfil epidemiológico; a função do hospital na rede/perfil assistencial; e a concentração de recursos em função de economias de escala e da relação volume *versus* resultado.

g) Cuidados Prolongados

Em muitas situações, o cuidado intensivo a ser prestado por uma unidade hospitalar não é suficiente para que o paciente tenha alta para casa. A ideia dos cuidados prolongados está ligada à de continuidade do processo terapêutico e à reabilitação, realizados em outras unidades da rede que não o hospital. É importante marcar a diferença entre cuidado prolongado e cuidado social, embora muitas vezes as fronteiras não estejam inteiramente claras.

Numa população que envelhece é natural e esperado que à medida que avança a idade, avance também o processo de comprometimento funcional, muitas vezes inviabilizando a mobilidade e a vida independente. Estas pessoas, embora possam ser acometidas por doenças crônicas como hipertensão e diabetes, necessitam de acompanhamento e não do cuidado intensivo provido em hospitais, como muitas vezes acontece em nosso país.

Na maioria dos países que contam com sistema público de saúde organizado, este acompanhamento é função do setor de cuidado social, que embora articulado ao setor saúde, atua de forma autônoma. Mantém moradia e cuidado de idosos que não têm condições de morar de forma independente ou família que possa acolhê-los e provê acompanhamento domiciliar para aqueles que permanecem em suas casas, inclusive realizando adaptações para prevenção de acidentes.

Em diferentes países, a organização da prestação de cuidado social é feita de forma distinta, mas em nenhum caso está no setor saúde, embora trabalhem de forma articulada. O setor saúde acompanha o controle das doenças crônicas que incidem sobre boa parte da população idosa e o setor social cuida das condições de vida. Sem esta divisão de funções, a tendência é que os hospitais sejam utilizados como fonte de cuidado social e se tornem impossibilitados de exercer sua verdadeira função. Ou, são criadas unidades de cuidados prolongados que podem se tornar verdadeiros depósitos de pessoas que não necessitam de cuidado intensivo.

As causas mais comuns de necessidade de cuidados prolongados são os grandes traumas, que muitas vezes requerem um longo processo de reabilitação pós-cirúrgica e as afecções neurológicas, especialmente o acidente vascular cerebral com sequelas. Embora tenham causas, incidência e formas de tratamento distintas, têm em comum a necessidade de um longo processo de reabilitação que demanda profissionais e aparato técnico que não se encontram na maior parte dos hospitais. Manter

estes pacientes por longos períodos em internação não permite iniciar o processo terapêutico que permitiria a recuperação de funções e provoca exposição desnecessária à infecção hospitalar. Do ponto de vista do sistema, impede a rotatividade dos leitos, barrando o acesso de pessoas que necessitam de cuidado intensivo e que são, por sua vez, “internadas” nos serviços de emergência.

A proposta da unidade de cuidados prolongados é a de transferir o paciente do hospital para continuar o seu processo terapêutico de reabilitação em ambulatório e/ou em domicílio. Não é uma unidade para internação por tempo indeterminado, sob o risco de se transformar em moradia assistida, usualmente a cargo do sistema de cuidado social. Também deve ficar claro que não se trata de “leitos de retaguarda”, no sentido de unidades hospitalares menores destinadas apenas a “esvaziar” os hospitais e que pouco contribuem ao processo terapêutico. São centros bem equipados, com grandes serviços de fisioterapia e equipes multidisciplinares, sempre contando com enfermagem muito qualificada, geriatras e psicólogos, além de fisiatras e fisioterapeutas, naturalmente.

As unidades de cuidados prolongados estão intimamente relacionadas à prestação de cuidados domiciliares, forma de transferir o paciente da unidade para o domicílio, inclusive com o treinamento de familiares. As equipes estão também em estreita articulação com os profissionais dos hospitais de origem dos pacientes – é bom lembrar que atuam todos na mesma região – e mantém articulação para a continuidade do cuidado, muitas vezes com a presença das equipes hospitalares nas unidades de cuidados prolongados.

Um outro campo em que é utilizada a proposta de cuidados continuados é o do cuidado paliativo para pacientes em fase terminal, destinado em sua maior parte a pacientes oncológicos, quando não é possível a permanência em casa. Em alguns sistemas, a unidade de cuidados prolongados que provê este cuidado é a mesma, em outros é especializada. Em todos os casos, dispõe de enfermagem especializada e trabalha em estreita articulação com as equipes dos serviços de oncologia dos hospitais da região, onde os pacientes iniciaram seu tratamento e aos quais permanecem vinculados.

Para praticar

A região de Cachoeiras (fictícia) é composta por sete municípios e totaliza cerca de 1,9 milhão de habitantes. A região localiza-se em área metropolitana e possui várias áreas de favela e conjuntos habitacionais, especialmente nos municípios de Bandeiras, Carampeba e Rolimã, que são também atravessados por uma rodovia federal muito movimentada. A população distribui-se entre os municípios da região de acordo com a tabela abaixo:

Tabela I – População da Região de Cachoeiras por município – 2012

Municípios	População
Bandeiras	1.000.000
Carampeba	500.000
Rolimã	220.000
São Tomé	100.000
Salgueiro	55.000
Jabacoranga	30.000
Bota-fora	25.000
Total da região	1.930.000

Fonte: Regional de Cachoeiras

Os municípios de Salgueiro, Jabacoranga e Bota-fora, além das menores populações apresentam também as menores densidades demográficas da região. Você faz parte da comissão de planejamento regional, que está trabalhando uma proposta de organização do sub-sistema de atenção às emergências. A primeira tarefa é propor a localização de serviços hospitalares de atenção ao trauma (trauma = principalmente acidentes de trânsito e violência).

Na medida em que os serviços de trauma para serem resolutivos necessitam de equipamentos de ponta e de recursos humanos especializados e raros, como você pensaria uma primeira aproximação a uma proposta de localização de serviços, considerando as características acima?

Discuta com o seu tutor e faça o registro de sua resposta no AVA.

Articulação entre os níveis da rede, definição de perfis, regulação

Como você já viu, para que seja possível configurar uma rede de serviços de saúde efetiva é necessário, portanto, a existência de um conjunto de unidades de diferentes portes, níveis de complexidade e capacidade tecnológica, em número suficiente para garantir cobertura a uma determinada população e trabalhando com uma composição de recursos adequada em cada nível para garantir a resolubilidade e qualidade da atenção na provisão de cuidado.

No entanto, ainda que esta seja uma condição *sine qua non* para que uma rede exista, não é suficiente. É necessário ainda que este conjunto de unidades trabalhe de forma articulada, responsabilizando-se pela atenção integral à população de sua região (ou distrito ou microrregião).

Tradicionalmente, quando se fala em montagem de redes de serviços de saúde, pensa-se em mecanismos de referência e contrarreferência, compreendidos como as formas pelas quais um paciente caminha ao longo da rede. No entanto, pela descrição do funcionamento dos serviços em redes estabelecidas, fica claro que esses mecanismos não são, em absoluto, meras fichas de encaminhamento ou de solicitação de exames distribuídas aos pacientes para que estes busquem resolver, por sua própria conta e risco, de que forma serão operacionalizados. Os mecanismos de referência e contrarreferência só têm sentido e funcionam como tal, na medida em que expressam o compromisso com o caminhar de seus usuários, de modo a garantir o acesso ao conjunto de tecnologias necessárias ao processo de cuidado em questão. Expressam, portanto, uma definição e um acordo prévios quanto ao que cabe a cada unidade de saúde tratar e cuidar em termos de número e tipos de casos a serem atendidos, o que comumente é definido como o perfil assistencial.

A definição de perfis assistenciais numa rede é uma tarefa complexa. Muito raramente é possível construir redes de serviços a partir do zero, apenas com novos investimentos. No mundo real, redes de serviços são construídas a partir de unidades preexistentes, com suas próprias composições de recursos e “vocações” institucionais. Esta realidade deve ser levada em conta ao pensar a definição de perfis.

Uma outra questão é que, como já referido, as definições, tipo “hospitais terciários”, na prática apresentam certo grau de limitação, já que nem sempre todos os serviços de um hospital guardam coerência quanto ao grau de complexidade. Muitas vezes, encontramos no mesmo hospital um serviço de transplante de fígado, naturalmente de referência, ao

lado de um serviço de pediatria, por exemplo, de baixa complexidade. Na mesma linha, dentro do mesmo hospital, podemos encontrar um serviço de cirurgia cardíaca de adultos e um pediátrico, de modo que a base populacional a que o primeiro pode servir de referência é menor do que a do segundo. Assim, a definição das referências e dos caminhos ao longo das redes, especialmente para os serviços hospitalares de maior complexidade, pode e deve ser feita para cada tipo de serviço, articulando-se em linhas de cuidado.

Essas definições de perfis e referências garantidas para realização de exames/atendimento especializado ou transferência para unidades que assumam pacientes que necessitem de cuidados prolongados, devem estar previamente dadas, pactuadas e garantidas. Na prática, isto significa que não caberia ao médico ou à assistente social ou a qualquer outro profissional operando na ponta a responsabilidade por encontrar uma vaga para que um paciente seja transferido ou encaminhado a outra unidade para realização de um exame – atividades que costumam tomar grande parte do tempo e da energia dos que deveriam ocupar seu tempo cuidando de pacientes.

E como é possível que se definam esses caminhos? Uma das estratégias é a utilização de mecanismos de regulação. No entanto, tem-se observado que nem sempre os resultados são os esperados. Muito possivelmente, isto se dá porque os mecanismos de regulação são um instrumento fundamental para operacionalizar os fluxos numa rede já constituída e com papéis e perfis definidos, pactuados e assumidos, mas não são capazes de instituir a rede onde ela não existe.

Tanto é assim que, de acordo com o Ministério da Saúde, “a regulação da assistência pressupõe a realização prévia, pelo gestor, de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere os aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência; a definição da estratégia de regionalização que explicita a inserção das diversas unidades na rede assistencial e responsabilização dos vários municípios na rede hierarquizada e regionalizada; a definição das interfaces da estratégia da regulação assistencial com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação” (BRASIL, 2002).

Além da definição de perfis e funções, de fluxos e de mecanismos institucionalizados de referência e contrarreferência, países que desenvolveram seus sistemas em redes vêm experimentando novas formas de articulação de serviços/práticas/profissionais, com o objetivo de tentar garantir a continuidade e integralidade do cuidado. Alguns exemplos

destas experiências você viu no Módulo 3 – como os programas de gerenciamento de doenças, as redes clínicas e o gerenciamento de caso.

Fórum

Para que uma rede opere, sem dúvida é necessária a definição do papel de cada um dos seus componentes, de modo que se possa construir “caminhos” pelos quais os usuários possam transitar ao longo da rede e com base nos quais são definidas as referências e contra-referências.

Ainda assim, países que desenvolveram sistemas em rede sentiram necessidade de aprimorar/aperfeiçoar os mecanismos de integração entre os níveis, compartilhamento de informação e cooperação entre os profissionais.

O texto abaixo foi retirado e traduzido da descrição do sistema de saúde sueco, disponível no *site* do Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde, da Organização Mundial de Saúde (www.euro.who.int/observatory).

“A maior parte dos pacientes que recebem alta dos hospitais tem necessidade de cuidado continuado a ser provido pela atenção primária. A informação concernente às necessidades de cuidado de um determinado paciente é, em alguns casos, formalmente passada do hospital para o centro de atenção primária da área onde mora o paciente. Em outros casos, o hospital faz contato diretamente com uma enfermeira do distrito.

Esta forma de lidar com pacientes com necessidade de cuidado ambulatorial, nem sempre tem se mostrado bem-sucedida, já que nem sempre fica claro que tipo de cuidado cada profissional envolvido deve prover.

Um novo método para melhorar a cooperação entre atenção primária e hospitalar foi introduzido em algumas áreas. A cada mês, médicos da atenção primária passam uma proporção de sua carga horária nos diversos serviços do hospital, com o objetivo de compartilhar conhecimento e trocar informações acerca do trabalho realizado nos centros de saúde. Ao mesmo tempo, estes profissionais levam aos demais profissionais da atenção primária, as questões e problemas vividos nos serviços hospitalares.

Este tipo de programa, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção e a cooperação entre os profissionais, vem sendo desenvolvido localmente por generalistas e especialistas”.

- a) Qual sua opinião a respeito?
- b) Você conhece alguma experiência deste tipo?
- c) Poderia pensar em algum tipo de alternativa semelhante na região em que você trabalha?

Registre as suas respostas no Diário de Estudos e depois discuta no fórum com a turma.

Organização das linhas de cuidado

De forma complementar à organização da rede de serviços de saúde e perpassando-a de forma transversal, está a organização de recursos por linhas de cuidado, na realidade, um recorte da forma de articulação entre as várias unidades que compõem a rede e a integração das práticas realizadas no interior destas, com o objetivo de tratar/cuidar determinadas patologias e/ou grupos de pacientes.

As linhas de cuidado são, em geral, organizadas/programadas para problemas de saúde considerados prioritários do ponto de vista epidemiológico ou considerados de relevância a partir de recortes populacionais. Em geral, são idealizadas para doenças crônicas ou episódios onde são requeridos cuidados permanentes ou de longa duração, como o câncer, ou que requerem reabilitação, como o trauma e o acidente vascular encefálico.

A partir do detalhamento de protocolos clínicos, são desenhados os caminhos a serem percorridos ao longo da rede, nos quais epidemiologistas, especialistas clínicos e planejadores definem como e onde serão tratados os pacientes e onde são definidas as responsabilidades de cada unidade, os mecanismos de integração e, naturalmente, as formas de garantir que os recursos humanos e materiais necessários ao cumprimento da proposta estejam disponíveis.

A organização de linhas de cuidado só é possível através da articulação entre o planejamento/programação, a epidemiologia e a clínica. Utilizando-se o exemplo do câncer do colo do útero, que você verá na Unidade de Aprendizagem VI, para o desenho da linha de cuidado para uma área, em linhas muito gerais, seriam necessários os seguintes passos, realizados em conjunto por planejadores, epidemiologistas, especialistas clínicos e gestores:

- Analisar como se dá o desenvolvimento da doença, quais os fatores e grupos de risco, as possíveis medidas de promoção e de prevenção, os métodos de diagnóstico para detecção de casos, o tratamento a ser instituído em cada estágio da doença, como se dá o acompanhamento dos casos.
- Detalhar a composição de recursos materiais e humanos necessários à realização de cada uma das ações definidas para cada fase (diagnóstica e terapêutica).
- Estimar a população alvo à qual serão dirigidas as ações de prevenção e detecção de casos e estabelecer as normas de cobertura de ações.

- Estimar o número de casos esperados em cada estágio da doença a partir da instituição do processo diagnóstico.
- A partir do número de casos estimados em cada estágio, avaliar a necessidade de ações terapêuticas em cada uma das modalidades definidas pelos protocolos (cirurgias, quimioterapia, radioterapia, acompanhamento).
- Definir em que ponto da rede e em quais unidades serão realizadas cada uma das ações (detecção, diagnóstico, cada modalidade de tratamento, acompanhamento dos casos).
- Definir os mecanismos de integração entre as unidades e entre os profissionais envolvidos.
- Calcular os recursos necessários para que cada uma das ações propostas possa ser cumprida.
- Levantar os recursos existentes e avaliar de que forma estão operando e, se necessário, definir estratégias para solução de problemas detectados no sentido de sua adequação à proposta.
- Definir as necessidades de investimento e elaborar o projeto de investimento.
- Definir os indicadores de avaliação.
- Definir os mecanismos de gestão conjunta e acompanhamento.

Naturalmente, para o processo de planejamento e implementação de linhas de cuidado numa dada região, é necessário o conhecimento da realidade específica local, para que as diretrizes gerais possam ser adaptadas, assim como o envolvimento dos gestores e profissionais das unidades envolvidas. Caso contrário, corre-se o risco de limitar a proposta à fase inicial de elaboração de normas, sem que se garantam as condições para que possam ser cumpridas – ou por não se dispor dos recursos necessários ou por não contarem com a adesão e o compromisso dos que deveriam cumpri-las.

É importante fazer uma clara distinção entre linhas de cuidado e os chamados programas verticais. Enquanto estes tendem a fragmentar o processo de cuidado, trabalhando com serviços e recursos humanos “especializados” numa determinada patologia, a ideia da linha de cuidado é exatamente oposta.

O entendimento de cada linha de cuidado como uma rede de atenção independente, formalmente constituída, e não como uma estrutura funcional que perpassa transversalmente a rede de atenção, tende a reforçar a fragmentação, multiplicando os lócus de tratamento e cuidado para as mesmas populações e indivíduos. Mecanismos de integração muito bem azeitados são fundamentais para garantir a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção, e aumentar a eficiência na utilização de recursos.

Assim, continuando no exemplo do câncer de colo do útero, a linha de cuidado envolve unidades básicas, equipes do Programa de Saúde da Família, centros de diagnóstico, serviços cirúrgicos de hospitais gerais e serviços de hospitais especializados, dependendo de que tipo de ações se considerem e do tipo de casos. No entanto, não se propõe que em cada uma destas unidades se criem serviços especializados em câncer de colo de útero. A ideia central é a criação de “corredores funcionais”, que conduzam a usuária ao longo da rede e que permitam integrar as ações a ela dirigidas, ainda que realizadas por diferentes profissionais e em diferentes unidades.

Para praticar

Localize no CD ou no AVA o texto “Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama: Recomendações a gestores estaduais e municipais” elaborado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCa)/Ministério da Saúde, em 2009. Leia-o e responda à seguinte pergunta:

Para o desenvolvimento em um dado território da linha de cuidado do câncer de mama, em seu componente de detecção precoce, descrito no texto, que serviços/recursos estariam envolvidos?

Discuta com seu tutor e registre suas observações no Diário de Estudos.

Refletindo sobre investimentos em redes de serviços

A partir de todo o exposto, fica claro que formular projetos de investimento para a construção de redes de serviços pressupõe um processo bastante mais complexo, mas não necessariamente complicado, do que simplesmente propor a construção de um hospital ou qualquer outro serviço no distrito/município A ou B, para o qual são fundamentais doses maciças de bom-senso.

Ao pensar num hospital, é necessário questionar se aquela localidade terá o número de casos suficientes para que este opere ou se seu destino será transformar-se num elefante branco? O tipo de perfil que está sendo pensado tem relação com as necessidades do território? Se se trata de um serviço de referência, como as pessoas chegarão até ele? De que modo o serviço se articulará com as demais unidades da rede? E para que o serviço funcione, existem recursos humanos? Se for preciso contratá-los, há recursos ou poder para tal? E, ainda que estejam disponíveis, será possível mantê-los na região em questão?

As mesmas perguntas se colocam ao pensar a respeito da criação de serviços dentro de uma linha de cuidado, como um serviço de diagnóstico para o câncer, por exemplo. O número de casos da área é suficiente para justificar sua implantação ou será mais razoável referenciá-los a um serviço vizinho? Como o serviço em questão se articularia com os demais componentes da linha de cuidado? Como os pacientes chegarão até ele? E uma vez identificados os casos, para onde serão encaminhados para o tratamento?

Do ponto de vista de sua operação: existem meios para contratar os recursos humanos? Eles estão disponíveis para serem contratados na área em questão? E se não estiverem, é possível traçar estratégias para sua captação?

A única forma de responder a estas questões consiste em idealizar os projetos de investimentos dentro do marco mais geral de um plano de saúde para a área/região em questão, com especificações claras de número, porte, perfis e funções de cada unidade e as formas de articulação entre elas.

A partir deste marco geral, é preciso avaliar as condições específicas para implantação do projeto. Existem condições técnicas factíveis para que o projeto seja criado, operacionalizado e mantido? Existem condições políticas viáveis para que o projeto seja implantado? E se não existem, é possível criá-las? A partir de que estratégias?

Apenas a partir destas definições prévias é possível ter claro a adequação do projeto de investimento.

Isto não quer dizer que um projeto de investimento específico deva contemplar todos os aspectos acima apontados. Vários projetos distintos poderão e deverão ser realizados para dar conta das necessidades de investimento em uma dada área e, evidentemente, será preciso realizar recortes. O fundamental é que ao realizar um projeto de intervenção num determinado processo de cuidado ou num serviço específico, sejam

consideradas, apontadas e encaminhadas as articulações imprescindíveis para o seu funcionamento na perspectiva da rede.

Ainda que trabalhando dentro de um dado recorte, outra ordem de questões se coloca. É preciso levar em conta que o investimento numa dada unidade ou serviço, gerando maior produção, criará novas demandas e exercerá pressão sobre os serviços já existentes.

Ao pensar em ampliar um serviço cirúrgico, por exemplo, há que se considerar: se o número de cirurgias aumentar, será que os leitos de enfermaria disponíveis será suficiente? E os serviços de UTI, exames laboratoriais, bancos de sangue? Onde estão os auxiliares de enfermagem e anestesistas necessários para aumentar a capacidade de produção?

Pelas próprias perguntas formuladas, utilizadas apenas como exemplo, fica claro que ao investir na ampliação ou construção de um serviço ou uma unidade, não basta pensar apenas em prédios e equipamentos. Para que estes funcionem, são necessários recursos humanos, insumos, mecanismos gerenciais, enfim, todos os recursos para sua operacionalização. Ademais, os próprios prédios e equipamentos requerem manutenção constante para que o investimento não se perca. Este aspecto básico deve ser considerado desde a formulação do projeto, bem como as estratégias para que estes recursos possam ser garantidos ou viabilizados a médio e longo prazos, para que se possa construir serviços de saúde e redes e não apenas prédios.

Finalmente, uma outra questão central é que, antes de definir em que investir, é fundamental considerar o que existe e como está funcionando. Embora isto pareça óbvio, nem sempre é feito, talvez porque muitas vezes criar novos serviços pareça mais “fácil” e menos desgastante do que fazer com que os que existam funcionem. Assim, se em determinada área constatou-se, por exemplo, carência de leitos de clínica médica, antes de propor a construção de uma nova unidade ou ampliação de leitos, há que se analisar como estão funcionando os existentes.

Se o tempo médio de permanência dos pacientes nos leitos existentes for alto, por exemplo, de 14 dias, a primeira coisa a fazer é analisar o porquê deste achado e definir estratégias para modificar a situação. Se este tempo for reduzido a 7 dias, o número de leitos terá sido duplicado. Até porque, se os problemas que estão prolongando o tempo de internação, como a não realização de exames no período pré-operatório ou a falta de alternativas para garantir a saída – citando os mais comuns –, não forem enfrentados nos hospitais já existentes, provavelmente também acontecerão nos serviços a serem criados, gerando a contínua necessidade de ampliação de leitos.

Constituição de mecanismos de gestão

a) Pensando o planejamento regional

Pelo que você viu até aqui nesta unidade, fica claro que a montagem de redes resolutivas e que possam garantir atenção integral efetiva pressupõe bases populacionais maiores, para que possam ser desenhadas considerando os vários níveis de densidade tecnológica e complexidade necessários ao cuidado e atenção de uma população dada.

As regiões naturalmente são subdivididas em territórios menores, em geral denominados distritos, sub-regiões ou microrregiões e que também mantêm autossuficiência de recursos para atenção à sua população até o nível que seja definido. Assim, microrregiões/distritos menores serão responsáveis e autossuficientes para o primeiro nível, equipado para resolver os problemas mais comuns daquele território. Já distritos mais populosos, com perfil epidemiológico distinto, além de serem autossuficientes para o primeiro nível, que naturalmente deverá ter tamanho e combinação de recursos diferentes de um distrito menor, poderá prover ainda, por exemplo, cuidado ambulatorial especializado, em hospital ou policlínicas para sua população. Além disso, possivelmente será referência para esse nível de cuidado ambulatorial especializado de um ou mais distritos vizinhos, de menor porte. Já serviços de maior complexidade/densidade tecnológica podem ser referência para toda uma região.

Para que um distrito possa dar conta da referência de seus vizinhos de menor porte, em seu planejamento de serviços e recursos deve ser considerada a população a ser referenciada pelos demais. Da mesma forma, os distritos menores devem considerar detalhadamente em seus planos as estimativas de casos que deverão ser encaminhados aos distritos de referência, definindo em que situação o serão e para que serviços.

Assim, fica claro que o planejamento da rede regional não é a soma do planejamento de seus distritos, assim como não é construída apenas tomando-se o conjunto de atividades desenvolvidas pelas unidades existentes em sua área. A instituição de uma rede regional é uma construção coletiva, a ser desenvolvida em conjunto desde o seu início, na medida em que a atenção à saúde da população da região não é responsabilidade apenas dos distritos, mas da região como um todo.

Ao transpormos esta necessidade de construção coletiva para o caso brasileiro, onde mais de 70% dos municípios tem população menor que 20.000 habitantes, fica clara a complexidade da tarefa de construção de redes. Com exceção de algumas regiões metropolitanas, é necessário um número muito grande de municípios para que se tenha base populacional suficiente para o planejamento de serviços de maior densidade tecnológica.

Ainda assim, a única forma de construção de redes é considerar o território da região como efetivamente comum e a responsabilidade pela saúde dessa população como coletiva. Ou seja, para o planejamento e implementação de redes regionais, é fundamental que inicialmente as fronteiras intermunicipais sejam apagadas, que se elabore o plano de forma conjunta, com participação de todos os gestores dos diversos distritos e municípios da região. Cumprida esta etapa, é hora de buscar os mecanismos de gestão que permitam operacionalizar o plano assim construído, incluindo os mecanismos de financiamento e de contratação de recursos humanos. Se, ao contrário, partimos de mecanismos de financiamento que considerem cada município como uma unidade de planejamento e programação autônoma, será extremamente difícil superar a fragmentação e a multiplicidade de subsistemas existentes, o maior desafio a ser enfrentado para a construção de redes.

Na Unidade de Aprendizagem V você encontrará o detalhamento do processo de planejamento em um território e na Unidade de Aprendizagem VIII será realizada a discussão sobre os desafios à construção da gestão compartilhada no caso brasileiro.

b) Trabalhando com contratos

Como você viu no Módulo 1 desta unidade, a partir da reforma de sistemas de saúde universais da década de 1990, foi adotada a estratégia de separação das funções de financiamento e provisão das ações e serviços por meio da adoção de contratos de gestão, criando “mercados internos”.

É bom lembrar que esta estratégia foi adotada em sistemas que desde sua criação sempre foram operados através da administração direta, com propriedade pública de todos os serviços e praticamente sem a presença de planos privados de saúde. Já os sistemas de seguro social, também de financiamento público, sempre utilizaram os contratos, seja para serviços filantrópicos ou privados lucrativos.

Este foi o caso do sistema de saúde brasileiro pré-SUS, onde o seguro social (INAMPS e seus precursores) sempre utilizou a contratação de

serviços privados. Da mesma forma, parte muito significativa da oferta de serviços do SUS se dá através de serviços privados contratados – muitas vezes sem formalização. Contratos não são uma novidade no caso brasileiro.

A ideia central que embasa a estratégia de substituição da gestão direta por orçamentos pela contratação de ações e serviços, é a de que assim será possível aumentar a eficiência e estabelecer objetivos e metas. No entanto, é preciso deixar claro que a contratação de serviços não isenta o gestor da responsabilidade pela gestão da rede.

Na verdade, o desenho e acompanhamento de contratos requer grande capacidade de gestão, efetiva vontade política de exercer o poder regulatório e capacidade técnica. Esta é necessária para elaborar o plano sistêmico de organização de redes no qual os contratos devem se inserir. Sem este plano e definição clara da função – perfil e produção esperada – da unidade a ser contratada, a tendência será a de contratação daquilo que o contratado quer/pode ofertar, numa completa inversão dos objetivos da estratégia. Uma vez definido o plano, também é preciso capacidade técnica para desenho do contrato, a definição dos indicadores de avaliação e dos instrumentos de pagamento, alinhando os incentivos financeiros. Para que os objetivos de aumentar a eficiência e melhorar a qualidade possam ser buscados através de contratos, muito deve ser cumprido pelo poder público – numa certa medida, mais até que na administração pública direta – no campo da decisão política, do planejamento e da gestão

Atividade do Módulo 5

O município de São Tomé elaborou uma proposta de investimentos em unidades ambulatoriais de saúde e o encaminhou para a avaliação de uma comissão da qual você faz parte. Como você sabe, São Tomé é um município de 100.000 habitantes e a equipe responsável pela elaboração do projeto utilizou o parâmetro de 2 consultas/habitante /ano para estimativa da necessidade de consultas ambulatoriais não especializadas. Para apresentação das necessidades de investimentos, foi encaminhada a seguinte tabela:

Tabela I – Demonstrativo da necessidade de unidades ambulatoriais para o município de São Tomé

Número de habitantes	100.000
Necessidade de consultas	200.000
Consultas realizadas atualmente	100.000
Número de unidades existentes	8
Número adicional de consultas necessárias	100.000
Número de unidades adicionais necessárias	8

Portanto, a proposta municipal considerou que para dobrar a produção atual, seria necessário dobrar o número de unidades ambulatoriais existentes. Durante a reunião da comissão de avaliação, qual seria sua opinião acerca do projeto? Se fosse o caso, que outras informações você solicitaria?

Registre as suas ideias no Diário de Estudos. Você precisará retornar a elas nas Unidades de Aprendizagens V e VI .

Avaliação final da Unidade II

Leia as notícias abaixo:

Notícia 1 – Saúde, a faceta mais cruel da crise

... O Pronto Socorro é o único hospital de urgência e emergência de todo o estado, onde 92% da população não têm plano de saúde e depende de atendimento público. Com apenas 149 leitos, o hospital constantemente tem taxa de ocupação de 150%...

O quadro é agravado pela precariedade da rede básica de saúde. Com isso, o Pronto Socorro, unidade especializada em trauma, recebe pacientes com todos os problemas imagináveis...

- ...A maioria dos pacientes que estão hoje espalhados pelos corredores não deveriam estar aqui, mas não podemos deixar de atender – diz o diretor.

(Jornal *O Globo*, 28/01/2007)

Notícia 2:

“...Na emergência do maior hospital da cidade, são muitos os pacientes de outros municípios. E eles vêm à procura de atendimento básico: “Estava com infecção no dente. Não tinha recurso onde moro, fui pro posto e me encaminharam pra cá”, diz um deles.

“Onde moramos, tem o hospital que é pago e o que não paga. No público, eles não quiseram receber, ele tinha que vir pra cá”, fala a acompanhante de outro paciente.

Todo brasileiro tem direito à saúde pública, independentemente do endereço. Mas o secretário de saúde da cidade reclama que não tem recursos para atender a tanto doente de fora: “Nós investimos aqui na Secretaria de Saúde, mas a metade do dinheiro é gasto para atender gente de fora mesmo. Se nós não tivéssemos essa gente de fora, nosso sistema seria inteiramente aliviado, tranquilo”.

(Rede Globo, reportagem especial, 16/03/2006)

Considerando o que você aprendeu neste módulo, que problemas você identifica na constituição de redes de serviços nestas localidades, que estariam gerando a situação descrita acima?

Envie sua atividade para seu tutor pelo AVA. Discuta com o seu tutor e com a sua turma a respeito.

Referências

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. Critical Challenges for Family Medicine: Delivering Emergency Medical Care - "Equipping Family Physicians for the 21st Century" (Position Paper), 2014.

AUERBACH AD, WACHTER RM, CHENG HQ, et al. Comanagement of surgical patients between neurosurgeons and hospitalists. *Arch Intern Med* 170:2004-10, 2010.

BARRATT H, RAINE R. Hospital services reconfiguration: the battle for hearts and minds. *BMJ* 344:e953, 2012.

BEVAN G, SKELLERN M. Does competition between hospitals improve clinical quality? A review of evidence from two eras of competition in the English NHS *BMJ* 343:d6470, 2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002. Portaria Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010. Portaria Ministério da Saúde/ 4279/ 2010.

CAMPOS GWS, AMARAL MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde coletiva*. vol.12, n.4, pp. 849-859, 2007.

CAMPOS GWS. Debate sobre o artigo de Conill. *Cad. Saúde Pública*, vol.24, suppl.1, p.s17-s19, 2008.

CAMPOS GWS. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. *Rev. bras. epidemiol.*, vol.8, no.4, p.477-483, 2005.

CARSON D, HENRY C, STERN R. Primary Care and Emergency Departments. Report from the Primary Care Foundation, 2010. Disponível em: <http://www.primarycarefoundation.co.uk/images/PrimaryCareFoundation/Downloading_Reports/Reports_and_Articles/Primary_Care_and_Emergency_Departments/Primary_Care_and_Emergency_Departments_RELEASE.pdf>.

CHORNY AH. *Gerencia Estratégica de Servicios de Salud*. Instituto de la Salud. Rosário, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM), 1995. Resolução CFM no. 1451/ 95.

DILLNER L. Long term conditions: How services for long term conditions could be reborn. *BMJ* 342:d1730, 2011.

GASK L, KHANNA T. Ways of working at the interface between primary and specialist mental healthcare. Editorial. *The British Journal of Psychiatry* 198: 3-5, 2011.

GÉRVAS J, PÉREZ FERNÁNDEZ M. La función de filtro del médico general y el papel de los especialistas en los sistemas de salud. *Rev. bras. epidemiol.*, vol.9, no.2, p.251-252, 2006.

GÉRVAS J. Cuidados primários de saúde na Europa: tendências atuais. *Rev. bras. epidemiol.*, Set 2004, vol.7, no.3, p.350-369.

GRIMSHAW JM, WINKENS RAG, SHIRHAN L, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care (Review). The Cochrane Collaboration. Disponível em: <http://www.health.vic.gov.au/pcps/downloads/careplanning/system_review http://www.hpm.org/Downloads/Bellagio/Articles/Continuity/Grimshaw_et_al_2005_CochraneRev_Referral.pdf>.

GRUNFELD E, EARLE CC. The interface between primary and oncology specialty care: treatment through survivorship. *J Natl Cancer Inst Monogr.* (40):25-30, 2010.

GUTHRIE B, WYKE S. Access and continuity in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter. *BMC Fam Pract* 7:11, 2006.

HEATH I. Out of hours primary care – a shambles? *BMJ* 334:331, 2007.

JAYAPRAKASH N, O'SULLIVAN R, BEY T, et al. Crowding and delivery of health care in emergency departments: the European perspective. *West J Emerg Med* 10:233-9, 2009.

KRAMER MH, AKALIN E, ALVAREZ DE MON SOTO M, et al. Internal medicine in Europe: how to cope with the future? *Eur J Intern Med* 21:173-5, 2010.

KVAMME OJ, OLESEN F, SAMUELSSON M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQUIP) *Qual Health Care* 10:33-39, 2001.

MARK NEWBOLD. What is the future of hospitals? Editorial *BMJ* 347:f5442, 2013.

MARTINUSSEN PE. Hospital physicians' assessments of their interaction with GPs: The role of physician and community characteristics. *Health Policy* 110(1): 14-21, 2013.

MATTOS RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos in PINHEIRO & MATTOS (orgs) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.

MCCARTHY ML. Overcrowding in emergency departments and adverse outcomes. Editorial. *BMJ* 342:d2830, 2011.

MOORE S, GEMMELL I, ALMOND S, et al. Impact of specialist care on clinical outcomes for medical emergencies. *Clin Med* 6:286-93, 2006.

POWELL DG, HARRIS M, PERKINS D, et al. Coordination of care within primary health care and with other sectors: a systematic review. Australian Primary Health Care Research Institute, 2006. Disponível em:

PURDY S. Avoiding hospital admissions. What does the research evidence say? The King's Fund, London, 2010. Disponível em: <<http://www.kingsfund.org.uk/publications/avoiding-hospital-admissions>>.

ROBERTS E, MAYS N. Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A & E) department? *Health Policy* 44(3): 191-214, 1998.

ROLAND M, ABEL G. Reducing emergency admissions: are we on the right track? *BMJ* 345:e6017, 2012.

STARFIELD B, LEMKE KW, BERNHARDT T, et al. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *Ann Fam Med* 1:8-14, 2003.

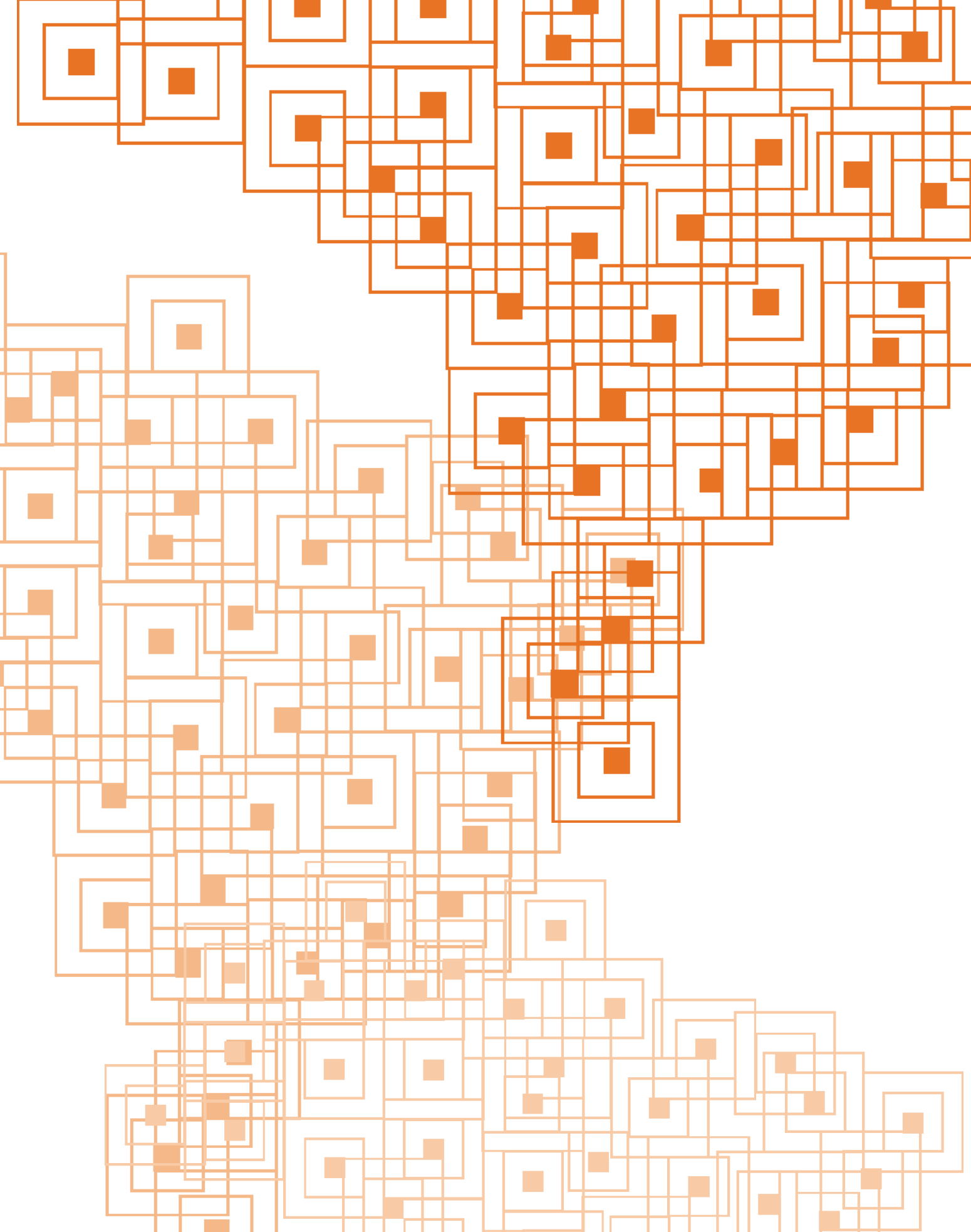
SZECSENYI J. Improving care at the primary-secondary care interface: a difficult but essential task. *Qual Health Care*. 5(4): 191-192, 1996.

WACHTER RM, BELL D. Renaissance of hospital generalists. *BMJ* 344:e652, 2012.

WHITE KL et al, 1977. Health services, concepts and information for national planning and management: experiences based on the WHO/ International Collaborative Study of Medical Care Utilization, World Health Organization, Geneva, 1977.



III | Conceitos de saúde e doença e perfis epidemiológicos no Brasil



6. O processo saúde-doença-cuidado

Paulo Sabroza e Helia Kawa

Este módulo se propõe a apresentar os conceitos de saúde e doença mostrando como, atualmente, estas categorias complexas são entendidas, integrando um mesmo processo saúde-doença-cuidado.

Procura, também, mostrar como as diferentes características desse processo dependem do nível de organização da vida em que se manifesta.

Busca, ainda, discutir como se dão as relações entre os elementos que intervêm na determinação das condições de saúde, e como o entendimento desses conceitos é importante para a compreensão da crise atual do sistema de saúde.

Ao final desse módulo, esperamos que você seja capaz de compreender a necessidade de elaboração do conceito de saúde separadamente do conceito de doença, e o desafio de sua construção no período atual, considerando serem esses processos complexos, inerentes à reprodução da vida. Nesse sentido, desejamos que você seja capaz de identificar os diferentes níveis de organização da vida e as diferentes dimensões da doença no nível individual e suas relações com os demais níveis de organização da vida humana.

Diferentes concepções de saúde

A saúde é um tema que as pessoas sempre destacam como sendo um componente essencial de seus projetos de vida e daquilo que consideram como uma vida com qualidade.

Entretanto, quando se procura definir o que entendemos por “saúde”, invariavelmente nos deparamos com muitos desafios, em parte porque seu significado depende tanto do contexto histórico em que é formulado,

como do conjunto de valores e representações culturais dos diferentes grupos sociais. E ainda do nível de análise que estamos considerando.

Para refletir

Por que, na medida em que aumenta a duração média da vida humana atingindo níveis nunca antes alcançados na evolução da espécie, difunde-se uma sensação de que atualmente as pessoas têm menos saúde e estão mais vulneráveis a um grande conjunto de doenças?

Na perspectiva do conhecimento científico, a saúde é considerada uma categoria complexa, de elevado grau de abstração. Categorias deste tipo, como bem-estar, liberdade, capacidade intelectual e grau de desenvolvimento, exigem, para seu tratamento científico adequado, primeiro, uma abordagem analítica das suas diversas dimensões, e, depois, uma operação sintética capaz de apreender sua integralidade.

Até há algum tempo, todas as categorias que não podiam ser imediatamente reduzidas a variáveis, medidas ou classificadas a partir de observações empíricas, não eram consideradas apropriadas para a abordagem do método científico.

Deveriam ser objeto de outras áreas do conhecimento, como a filosofia, a arte, a religião ou o senso comum.

Na perspectiva do senso comum, entendia-se a saúde como uma condição caracterizada pela ausência de doenças. As doenças, por sua vez, embora reconhecidas pelos indivíduos a partir da dor, incapacidade ou sofrimento, deveriam, em sociedades como a nossa, ser diagnosticadas por profissionais especializados, utilizando critérios e técnicas fundamentadas cientificamente.

Na segunda metade do século XX, a saúde passou a ser destacada como uma categoria positiva, fortemente relacionada às condições de vida, mas que não deveria ser confundida com esta outra categoria complexa.

Em 1978, durante a Conferência Internacional de Atenção Primária em Saúde, da Organização Mundial de Saúde, em Alma-Ata, a declaração final reafirmou ser a saúde um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade” e, ainda, um dos direitos fundamentais dos seres humanos.



O texto final da Declaração de Alma-Ata encontra-se no

CD. Leia-o com atenção e registre suas reflexões no Diário de Estudos. Para aprofundamento do tema, sugerimos que você visite os sites da Organização Pan-Americana de Saúde: www.opas.org.br ou www.paho.org

Esse conceito tem sido questionado como utópico e incapaz de contribuir para a concretização de políticas sociais e de saúde, mas vem operando como um sinalizador do compromisso global com a contínua melhora das condições de vida e saúde das pessoas.

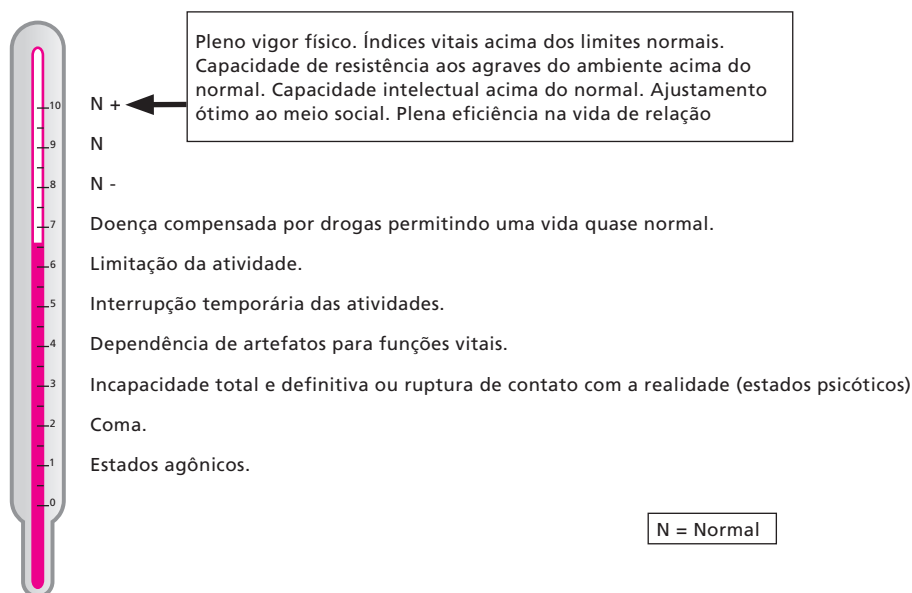
Uma limitação conceitual da definição da OMS é o entendimento da saúde como um estado, uma condição pontual, e uma categoria dicotômica, do tipo tudo ou nada.

Que os riscos de adoecer e de morte prematura decorrem das condições de vida e, portanto, pela posição do indivíduo na sociedade, isso já era bem conhecido desde o século XIX.

Já o reconhecimento da saúde como um dos direitos humanos foi uma conquista do final do século XX. Embora as implicações deste reconhecimento ainda não tenham sido bem identificadas, ele aponta para a necessidade de uma maior especificação do que hoje estamos entendendo como saúde e compromisso público com condições adequadas de vida.

Considerando a saúde em uma **perspectiva sistêmica**, Mario Chaves (1980, p.50) já havia proposto que a saúde fosse considerada um processo, que percorre a trajetória de vida de cada pessoa, assumindo níveis diferentes, os gradientes de sanidade, em cada situação concreta. Esses níveis poderiam ser representados por meio de uma **escala**.

Figura 1 – Gradiente de saúde



Fonte: CHAVES, Mário M. *Saúde e Sistemas*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. (1980. p.50).



Para melhor compreensão do conceito de perspectiva sistêmica, vá à biblioteca virtual do CD e leia, na íntegra, o texto *Saúde e Sistemas*, de Mário Chaves (1980).

Segundo Chaves (1980, p.50), podemos entender sistema como:

um todo complexo e organizado uma reunião de coisas ou partes formando um todo unitário e complexo. A ideia de sistema dá uma conotação de plano, método, ordem, arranjo. O antônimo de sistema é caos. Uma ideia implícita na noção de sistema é a de relações entre as partes de modo que o todo reúne características próprias não existentes em cada parte isoladamente” (CHAVES, 1980, p.50).

Em uma perspectiva sistêmica, a saúde é um atributo do todo e um processo dinâmico resultante das relações das partes entre si e destas com o todo que as integra.

Níveis de organização da vida e níveis de expressão dos processos saúde-doença-cuidado

Nas últimas décadas a saúde passou a ser compreendida, cada vez mais, como uma das dimensões de um processo complexo, que se expressa de modo distinto em cada nível de organização da vida humana, sendo decorrente do processo de produção social, da autorreprodução e do desgaste dos seres humanos vivendo em sociedades.

Organizações da vida e processo saúde-doença-cuidado

A compreensão da saúde e da doença como dimensões de um mesmo processo inerente à reprodução da vida, percorrendo os seus diferentes níveis de organização, das células aos indivíduos e às sociedades, foi uma importante contribuição de pesquisadores latino-americanos da área da epidemiologia social (BREILH, 2003).

Assim, procurou-se superar a perspectiva tradicional, que entendia simplesmente a doença como disfunção do corpo e propunha a saúde com uma utopia, um estado ideal, levando à impossibilidade de compreendê-la na perspectiva científica.

Para Juan Samaja (2000), tratando-se de problema dos humanos,

a doença (ou normas patológicas da biologia) deixa de ser um fenômeno puramente biológico para se transformar em fenômeno institucional e simbólico” e “saúde-doença deixa de ser um estado biológico possível vivido meramente pelos sujeitos, para se tornar um objeto da ação e da consciência de todos os

membros do coletivo social: eis a essência do conceito de saúde-doença-cuidado. A representação de um estado anormal dará lugar a ações intencionalmente dirigidas a neutralizar fatores que, ao menos imaginariamente, produzem alteração da ordem representada socialmente como normal (SAMAHA, 1980).

O entendimento do que seja ordem, estados alterados e normalidade, relacionados às condições de saúde e doença, só faz sentido tendo como referência uma determinada visão de mundo, que inclua uma concepção do que seja a vida, e, particularmente, a vida humana.

Visões de mundo relativas à natureza da vida, da morte, da doença e da saúde

No período atual convivem e se opõem três diferentes visões de mundo relativas à natureza, à origem da vida, ao significado da morte, à doença e à saúde:

- ▣ o criacionismo dos fundamentalismos religiosos;
- ▣ o evolucionismo das ciências biológicas e sociais clássicas;

Criacionismo é a teoria segundo a qual os seres vivos teriam sido criados por designo divino. A vida seria uma das manifestações da graça divina, e os projetos e as normas que devem pautá-la estariam gravados nos textos sagrados.

Evolucionismo científico surgiu com base nas ideias iluministas e libertárias do século XIX, quando a palavra evolução passou a ser identificada com progresso e melhoria. Para muitos pensadores daquela época, tanto as sociedades humanas “progrediam” da barbárie para a civilização, de acordo com leis históricas, como as espécies e populações também se modificavam, evoluindo sempre para novas formas mais adaptadas ao ambiente, movidas pela competição, de acordo com a teoria da seleção natural formulada por Charles Darwin. O ser humano era ponto de referência central, a forma mais evoluída da vida, e a sociedade atual o ponto culminante do desenvolvimento histórico.

- ▣ a perspectiva ecossistêmica da vida.

Os imensos avanços realizados nas últimas décadas em diversas áreas científicas, como a genética, a ecologia e a informática, junto com as grandes transformações que ocorreram nas sociedades desde a década de 1980 do século XX, resultaram em uma outra concepção do signi-

Como neste módulo iremos analisar a questão dos processos saúde-doença-cuidado na perspectiva de sistemas e de organizações complexas, vamos nos deter mais detalhadamente no enfoque sobre a **perspectiva ecossistêmica da vida** mais adiante.

ficado da vida.

Essa perspectiva enfatiza as características das diversas organizações complexas da vida: das células às sociedades e à Biosfera, sempre em processos de transformação, fugindo do equilíbrio através da incorporação de matéria, energia e, principalmente, de informação.

E, inevitavelmente, produzindo crises e conflitos, mas também aumento de complexidade, maior diversidade, interações mais intensas e a emergência de inovações (MARGULLIS; SAGAN, 2002).

Nas ciências físicas, diversas teorias já haviam procurado, durante o século XX, explorar questões que os modelos tradicionais, fundamentados na mecânica e na matemática clássica, não conseguiam equacionar.

Por exemplo, a mecânica quântica, a termodinâmica, o conceito do *Big-Bang* e a Teoria do Caos resultaram em uma visão do mundo muito diferente do Universo ordenado e previsível das ciências tradicionais e do senso comum.

Nas ciências da vida e da saúde, a questão da complexidade foi incorporada mais tarde, já na segunda metade do século XX, quando os conceitos de sistemas, organização e autorregulação da cibernética, impuseram a concepção de vida como processo.

Neste período, a identificação do código genético integrou as ciências biológicas e as áreas da informação, identificando, como componentes concretos das organizações complexas, além das formas (os objetos materiais), as funções, os processos e as estruturas.

Uma referência pioneira neste campo foi o livro de Jean Piaget *Biologia e conhecimento*, de 1967, que propôs uma visão **construtivista** do desenvolvimento das organizações vivas, através da incorporação e acumulação de informações.

Desde então, foram identificadas diversas propriedades dessas organizações, a saber:

- Totalidade singular, com integralidade e autonomia.
- Historicidade.
- Níveis de organização recursivos.
- Autorregulação.
- Autopoiese.

No construtivismo, considera-se que todo desenvolvimento das organizações da vida decorre da incorporação de novas informações às estruturas de informações preexistentes. O que leva à sua transformação e novas possibilidades de incorporação de informação e mudança estrutural, e assim sucessivamente.

- Aumento da complexidade por acumulação de informação e erros.
- Tensão dialógica: crises que resultam em soluções.

Propriedades das organizações da vida na perspectiva da complexidade

Totalidade singular, com integralidade e autonomia

A ideia de totalidade aqui considerada não é a de uma unidade metafísica que incorpora todas as coisas (completude), mas a de unidades concretas, compostas por diversas partes integradas.

Esta integração possibilita a manifestação de propriedades próprias do conjunto organizado, que não existem em nenhuma das suas partes, (integralidade) e de propriedades singulares, que não existem em nenhuma outra organização do seu nível e nem naquelas organizações de maior ou de menor nível de complexidade (singularidade).

Toda organização singular é radicalmente orientada para si mesmo, na medida em que toda informação que a orienta está totalmente nela inserida.

Historicidade

Qualquer organização da vida é transitória e precisa se reproduzir a si mesmo no tempo (autotreproução), utilizando para isto matéria, energia e, principalmente, informação.

Durante o processo de autotreproução e, principalmente em contextos desfavoráveis, inevitavelmente ocorrem erros, que resultam em um processo de desgaste, cujos efeitos precisam ser reparados ou incorporados como novas características. Portanto, durante as suas existências, elas percorrem trajetórias no tempo onde sempre ocorrem permanências e mudanças.

As características fundamentais de uma organização singular, em dado momento, só podem ser compreendidas se considerarmos suas características e eventos presentes em momentos anteriores, assim como os processos formadores fundamentais que levam ao seu desenvolvimento.

Níveis de organização recursivos

Todas as organizações da vida sempre se constituem unidades contidas em outras de maior complexidade, ao mesmo tempo em que são integradas por outras unidades menores.

Entre uma certa unidade e outra de maior ordem são estabelecidas relações de interdependência, nos dois sentidos (recursividade).

Deste modo, nenhuma unidade da vida existe isoladamente. Todas elas, apesar de serem autônomas e autorreferidas, só se realizam em contextos de múltiplas relações com outras unidades semelhantes e através de conexões com unidades de maior e de menor nível de complexidade. ►

Auto-regulação

Durante os processos de autorreprodução e desgaste, as organizações da vida precisam reproduzir determinadas formas, funções, processos e estruturas que são características da sua constituição. Para isto utilizam informação de natureza genética e informações acumulada durante sua existência anterior (experiência/memória).

Se não fossem capazes de se autorrefazer, através de processos de autor-regulação, todas estas organizações certamente se dissipariam rapidamente.

Isto deixou uma concepção equivocada de que estas organizações estariam essencialmente orientadas para buscar e manter condições de equilíbrio e ordem.

Agora sabemos que todo equilíbrio é inevitavelmente instável e temporário, e a auto-regulação das organizações da vida precisa ser compreendida como processo dinâmico (equilíbrio), como ocorre em uma bicicleta em movimento.

O equilíbrio estático sempre representa o momento da morte e dissolução da organização.

Autopoiese

É a capacidade das organizações da vida de se refazerem durante o processo de autorreprodução/desgaste, transformando-se segundo as instruções contidas nas suas estruturas anteriores, e incorporando novas informações que permitem sua adaptação a contextos modificados, desenvolvendo novas formas, novas funções, novos processos e novas estruturas.

A autopoiese se realiza segundo um projeto único que não preexiste à organização nem está pronto em nenhum momento da sua reprodução, sendo permanentemente elaborado durante a existência da organização e só podendo ser reconhecido retrospectivamente.

Aumento da complexidade por acumulação de informação e erros

Durante os processos de autorreprodução e desgaste, as organizações da vida se modificam, crescendo e acumulando matéria, energia e principalmente informação, tanto sob a forma de informação operacional, "útil", como sob a forma de ruído, decorrente da inclusão de erros e diversas informações não operacionais.

O desenvolvimento de uma organização é sempre o aumento da sua complexidade em decorrência da acumulação de informação organizadora, que inclui necessariamente os erros e as experiências de como lidar com os erros.



Tensão dialógica: crises que resultam em soluções

A acumulação de informação em uma organização (desenvolvimento) vai produzir conflitos no seu interior, decorrentes do aprofundamento de tensões inerentes à presença de processos dialógicos (pares contraditórios), tais como reprodução e desgaste, conservação e crescimento, equilíbrio e mudança, autonomia e dependência, saúde e doença.

Estas tensões evoluem para situações críticas onde as soluções do sistema podem ser ou sua evolução ou sua dissolução, mas nunca a sua conservação.

Capacidade de gerar inovações: as propriedades emergentes

No seu processo de desenvolvimento, as organizações da vida têm a capacidade de possibilitar o surgimento, incorporação, reprodução e difusão de novas propriedades, acrescentando inovações à sua estrutura informacional organizadora, seja a partir da seleção de erros aleatórios (como no caso das mutações genéticas, no nível celular) ou, mais frequentemente, pela reorganização de informações preexistentes, possibilitando a emergência de novas propriedades emergentes, que não existiam nas organizações nas suas configurações anteriores (no caso dos indivíduos e sociedades). ■

■ **Capacidade de gerar inovações: as propriedades emergentes.**

A possibilidade de inovações faz com que o desenvolvimento de qualquer organização da vida seja sempre um processo indeterminado, pleno de incerteza e aberto a diversas possibilidades criativas.

Essas características, adaptadas dos textos de Edgard Morin são inerentes tanto aos seres vivos como àquelas organizações complexas que são produtos da vida, em seu contínuo movimento de reprodução e desgaste.

A vida, no paradigma ecossistêmico, é compreendida como um processo emergente decorrente do aumento da complexidade da matéria nas condições muito singulares presentes na Terra há quatro milhões de anos, e que, desde então, numa visão instigante que integra ciência e poesia,

como Deus, como música, carbono e energia, é um eixo rodopiante de seres que crescem, fundem-se e morrem. É a matéria desenfreada, capaz de escolher sua própria direção para prevenir indefinidamente o momento inevitável do equilíbrio termodinâmico – a morte. A vida é também uma pergunta que o universo faz a si mesmo sob a forma do ser humano (MAR-

GULLIS; SAGAN, 2002).

Todos os seres vivos são completamente dependentes das interações que conseguem estabelecer com os outros e com o ambiente modelado pela vida nas gerações anteriores.

Os seres humanos, além disso, como todos os primatas e diversos outros animais, só conseguem sobreviver integrando grupos sociais, constituídos de indivíduos da sua espécie.

O desenvolvimento histórico das relações sociais e das técnicas possibilitou a emergência de novas formas de organização em sociedades, e finalmente, de um modo de produção social e reprodução da vida humana que resultou em uma população de mais de seis bilhões de indivíduos, ocupando todos os continentes e modificando todos os ecossistemas da biosfera.

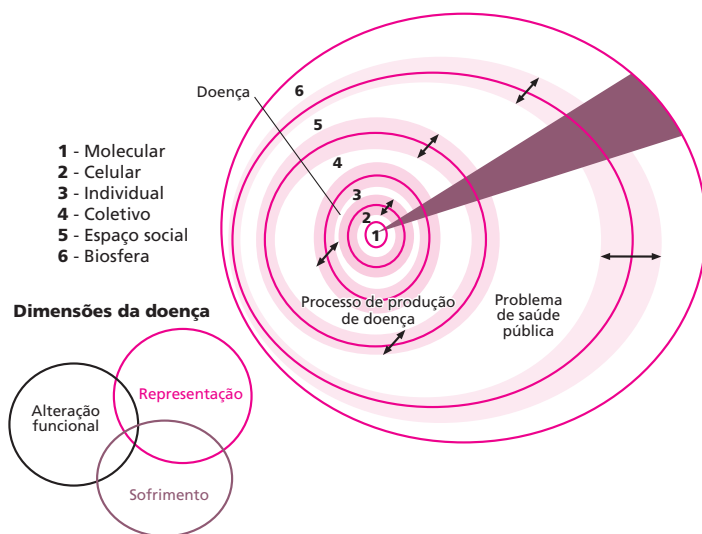
Como propôs Juan Samaja (2000), o processo saúde-doença-cuidado, sendo expressão da dinâmica do processo de reprodução e desgaste dos humanos, precisa ser analisado em diferentes níveis de organização em que este se manifesta: como coletivos de células – ou organismos, como indivíduos singulares, como coletivos de indivíduos humanos interagindo – os grupos sociais e como sociedades complexas.

A natureza complexa e multidimensional da saúde e da doença

Na citação a seguir, Castellanos (1997, p. 40) ressalta a complexidade da realidade natural e social em que vivemos.

A realidade natural e social em que vivemos, e com a qual trabalhamos, é complexa, composta de inúmeros objetos, seres e processos. No entanto, esta complexidade não é anárquica e possui uma organização, uma arquitetura, que mantém relação com os processos que deram origem a esses objetos e seres e que explica (...) as qualidades e os comportamentos de cada um deles (CASTELLANOS, 1997, p. 40).

Figura 2 – Organização da vida e processo saúde-doença-cuidado



Fonte: Adaptado de Pedro Luis Castellanos Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico OPS*, v. 10, n. 4, 1990.

Reflita sobre esse trecho, tomando por referência a figura a seguir.

A figura mostra, de modo esquemático, os níveis de expressão do processo saúde-doença-cuidado nos diferentes níveis de organização da vida humana, e como, no nível individual, as doenças sempre apresentam simultaneamente três dimensões:

1. alterações fisiopatológicas para a dimensão orgânica;
2. sofrimento para a dimensão da subjetividade singular;
3. representações e papéis sociais, mediados por valores culturais, para o cidadão.

Os processos saúde-doença-cuidado percorrem todos os níveis, apresentando características distintas em cada um deles.

Em um mesmo nível os processos podem ser considerados em suas diferentes dimensões.

Por exemplo, no espaço social, temos as dimensões do território e da sociedade. No nível individual, temos simultaneamente um organismo (coletivo de células), o cidadão (unidade da sociedade) e o indivíduo singular, único.

Os diferentes níveis estão inter-relacionados através de processos que

fazem a mediação entre eles.

A compreensão do processo saúde-doença-cuidado se concretizando em diferentes níveis fica complicada porque comumente utilizamos um mesmo termo para expressar conceitos muito diferentes.

Por exemplo, utilizamos o termo tuberculose para:

- identificar uma bactéria (integrante da relação causal no nível celular);
- caracterizar uma doença específica (no nível individual);
- denominar um processo de interação entre populações de parasitas e hospedeiros (o processo endêmico-epidêmico no nível coletivo, populacional ou do grupo social);
- especificar uma prioridade em saúde, definida por sua relevância social.

Diferentes disciplinas científicas têm a tuberculose como seu objeto de pesquisa. Dependendo do nível de análise, a **microbiologia**, a **clínica**, a **epidemiologia** e as **ciências sociais** aportam contribuições relevantes para seu conhecimento, mas nenhuma consegue apreender a integralidade de um problema de saúde.

Para a compreensão de um problema de saúde, em suas diversas dimensões, se impõe uma abordagem interdisciplinar.

Mas, além disso, para orientar ações de controle e cuidado, precisamos selecionar o nível de atuação mais indicado, pois cada nível tem características próprias, e a efetividade das intervenções dependem de acumulações de conhecimento e de poder distintas.

Segundo Castellanos (1990),

é importante destacar que, quanto mais amplo é o espaço de definições e explicações dos problemas, maior é a necessidade de recursos de poder (técnicos, administrativos e políticos) para

Para praticar

Identifique que atores sociais (profissionais de saúde) têm tido a responsabilidade de cuidar dos problemas de saúde, em nível individual, em cada uma das suas três dimensões. Que consequências, favoráveis e desfavoráveis, decorreram desta fragmentação dos conhecimentos, das técnicas e das práticas na nossa sociedade?

Faça o registro dessas questões em seu Diário de Estudos.

atuar. Por outro lado, é importante destacar que os espaços assinalados não são excludentes, pelo contrário, devemos entendê-los como sendo cada um, parte do outro (CASTELLANOS, 1990).

Relações de determinação nos processos saúde-doença-cuidado nos níveis individual, coletivo e social

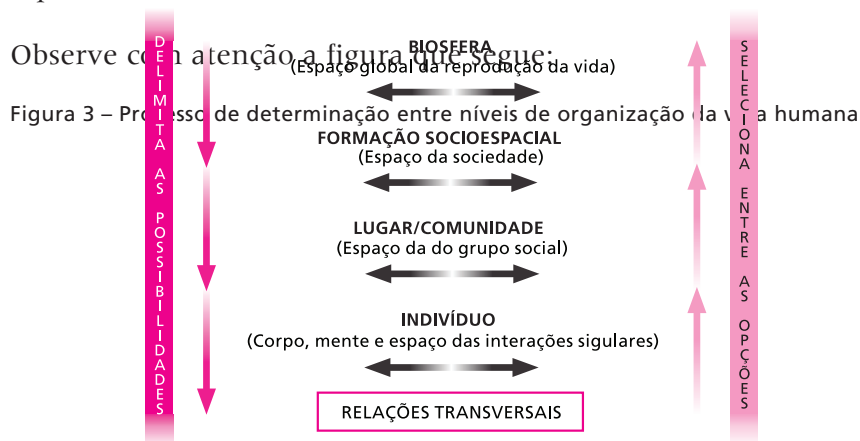
Ainda de acordo com Castellanos (1997, p. 45):

É importante destacar que cada nível de organização não é mero agregado das unidades de menor nível. O processo de surgimento de um nível organizacional, com qualidades próprias emergentes, parece mais com a morfogênese, processo mediante o qual, a partir de um óvulo fecundado, vão-se desenvolvendo progressivamente novos estados organizativos e de complexidade crescente, cada um dos quais, ao surgir é qualitativamente diferente dos anteriores, até formar um feto viável, com todos os seus órgãos, aparelhos e sistemas interagindo de forma adequada (CASTELLANOS, 1997, p. 45).

Cada nível de organização se define por sua autonomia e integralidade, mas contém e está contido em níveis de outra ordem, como caixas chinesas, relacionados por processos que estabelecem as conexões de determinação nas três direções:

- ▣ transversal, entre variáveis do mesmo nível de organização;
- ▣ vertical do maior nível para um menor, delimitando as possibilidades;
- ▣ vertical do menor nível para um maior, selecionando as possibilidades.

Observe com atenção a figura que segue:



Fonte: Adaptado de Pedro Luis Castellanos Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico OPS*, v. 10, n. 4, 1990.

Neste modelo, destacamos, como características das organizações complexas: a presença de diversos níveis, a recursividade entre eles (do tipo X determina Y, mas Y também determina X) e a condição de incerteza e opção, quando as características do nível singular selecionam, entre diversas possibilidades, aquela que vai se concretizar.

O conceito de determinação aqui utilizado não deve ser confundido com a noção de determinismo presente nas ciências tradicionais, físicas, biológicas e sociais, que buscaram na mecânica a referência para seus princípios de causalidade.

Hoje, reconhecemos que, nas ciências da vida, a possibilidade de escolha, por opção ou por acaso, e em todos os níveis, é uma característica fundamental, e a principal fonte de diversidade e complexidade.

Os determinantes das doenças – que se manifestam como problemas de saúde no nível individual – ocorrem neste nível e em todos os outros: no nível coletivo (dos grupos sociais), como processos endêmico-epidêmicos, e no nível das formações socioespaciais.

Neste último nível, eles se expressam como problemas de saúde pública, na interface entre o Estado e a Sociedade, entre o particular e o público. E podem ser analisados como processos relacionados à reprodução das populações, como elemento dos processos de produção e de consumo, como crises e possibilidades de controle social, ou também como questão relativa aos direitos humanos e à cidadania.

De qualquer forma, sempre na interseção de duas lógicas, a lógica da reprodução do capital e a da reprodução da vida.

Por exemplo, entre os fatores diretamente relacionados com a morte por diarreias infecciosas em crianças estão, entre outras:

- as condições de saneamento do domicílio;
- o número de pessoas na família;
- o peso ao nascer;
- o estado nutricional da criança;
- o acesso aos serviços de saúde.

Estas variáveis, sendo todas do nível individual, estão relacionadas entre si e com outras de outros níveis:

- a posição social, a residência em locais sem saneamento básico e a qualidade do atendimento médico do serviço local (nível coletivo);
- no nível da sociedade, as políticas sociais e econômicas.

Alguns processos são particularmente relevantes por estabelecerem relações de determinação entre categorias (do mundo concreto) e variáveis (das nossas análises empíricas), permitindo explicitar as conexões entre os níveis de modo distinto em diversas situações.

Assim, na conjuntura atual, as políticas habitacionais e de saneamento são categorias mediadoras entre as políticas socioeconômicas (gerais) e as condições de vida (particulares) que resultam em risco de morrer para crianças específicas (singulares).

Já a escolaridade da mãe, que depende das políticas educacionais e das condições socioeconômicas da sua família, pode ser uma das categorias mediadoras que vão especificar quais crianças vão morrer, entre muitas do mesmo grupo social e do mesmo lugar, atuando sobre os cuidados da criança, o acesso aos serviços e o padrão de fecundidade.

Para todas as organizações complexas, sua reprodução no tempo e o seu desenvolvimento, com acumulação de informação e aumento da complexidade, são processos inexoráveis, limitados apenas pelo desgaste e pela eventual desintegração destas organizações da vida.

Para assegurar isto, são essenciais os processos de controle, tanto internos – a autorregulação, como externos – controles verticais. A ocorrência de múltiplos centros de controle conectados de modo não linear (do tipo A determina B, mas B também determina A) resulta em mecanismos de regulação com retroalimentação, que permitem um ajuste fino, permanente, mas nunca estável, tranquilo.

Eles nunca estão em equilíbrio estático, mas, como uma bicicleta em movimento, em permanente condição de equilibração.

Ao contrário, as tensões e as crises são inerentes e inevitáveis, e podemos considerar um indicador da integridade das organizações complexas sua capacidade de dar respostas adequadas a esses desafios.

A capacidade de dar respostas adequadas aos desafios é inerente a todas as organizações da vida, mas para as organizações humanas, em todos

os seus níveis, existe uma diversidade de opções muito maior, mediadas por nossas acumulações históricas, culturais, científicas e éticas.

Essa aptidão para a adaptação e superação de problemas é que permitiu, contrastando com a homogeneidade biológica, o enorme aumento da população humana, sua ampla dispersão territorial, e sua grande diversidade cultural.

Para os humanos vivendo em sociedades, os problemas de saúde têm sempre determinações históricas e sociais, e as possibilidades de respostas – regulação, controle e cuidado, também são definidos no contexto histórico, social e cultural.

Mas sempre existe uma margem de incertezas, erros e subjetividade, que produzem tensões e acabam contribuindo para o desenvolvimento dessas organizações da vida, que já não evoluem mais por mutação e seleção natural, mas, sim, a partir da acumulação de experiências e superação de crises.

Para refletir

A tuberculose continua sendo um grande problema de saúde. Além da coinfeção com a Aids e a emergência de formas resistentes aos medicamentos, ela está claramente associada ao modelo de urbanização característico dos países periféricos. Reflita porque o processo de urbanização atual da população se constitui, ao mesmo tempo, num problema e numa possibilidade de solução para questões sanitárias como a tuberculose.

Características da crise da saúde no período atual

A esse respeito, Béjin e Marín apud Ferreira (1992) cometam:

Não é raro que frente à dificuldade de fazer a análise concreta de uma situação precisa e de explicar em particular todas as evoluções e transformações das contradições históricas em longo prazo, a noção de crise sirva para mascarar esta incerteza e este caos potencial mediante o recurso a uma palavra mágica com uma forte carga afetiva, imaginária e até messiânica (BÉJIN e MARÍN apud FERREIRA, 1992).

Nos anos recentes, vem se expressando, por toda parte, um sentimento de que os problemas de saúde estão se acumulando, e os modelos assis-

tenciais não conseguem mais responder nem às expectativas das pessoas nem às necessidades da sociedade.

No Brasil, junto com o desemprego e a violência, a questão da saúde sempre aparece com destaque entre as preocupações identificadas como problemas prioritários, quando são realizados levantamentos nos diversos grupos populacionais.

Os meios de comunicação expõem, diariamente, as limitações e, mesmo, absurdos que se acumulam no atendimento prestado pelos serviços de saúde, enfatizando os dramas individuais, e colocando em questão sua função social.

Mesmo entre os profissionais do campo da saúde pública, generaliza-se a impressão de que uma crise profunda percorre sua área de atuação, fazendo com que muitos dos conceitos e recursos técnicos, até há pouco tempo valorizados, pareçam obsoletos, resultando na disseminação de um sentimento crescente de mal-estar, que dificulta a possibilidade de identificação de propostas alternativas capazes de recuperar a efetividade do setor.

Este sentimento de crise parece particularmente paradoxal quando se considera, por um lado, o impacto que os modelos de atenção à saúde, individual e coletiva, apresentaram neste século, resultando no aumento progressivo da duração média da vida, em níveis inéditos na história, e na extensão lenta, mas sempre continuada, do acesso a cuidados médicos e condições de saneamento para muitos grupos populacionais até então excluídos.



Fontes:
Encyclopædia Britannica, 1961;
 Tim Parkin, *Roman Demography and Society* (Baltimore 1992).

Galor, Oded and Moav, Omer, "Natural Selection and the Evolution of Life Expectancy" (October 12, 2005). Minerva Center for Economic Growth Paper n. 02-05 Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=563741>

Por outro lado, o potencial de desenvolvimento científico e tecnológico das práticas de atenção à saúde, possibilitado pelas recentes e revolucionárias transformações nas ciências biomédicas, a partir da generalização da aplicação da **engenharia genética**, da **biotecnologia**, da **nanotecnologia** e da **informática**, abre um leque de possibilidades que, há poucas décadas atrás não eram imaginadas.

Apesar destes avanços sociais, tecnológicos e científicos, a constatação de que a crise da saúde é concreta se impõe, e nos obriga a analisarmos suas atuais características, determinantes e possibilidades de desdobramento, a partir de uma perspectiva que não reduza a complexidade do problema apenas às limitações dos atuais modelos assistenciais.

Essa explicação simplificadora, disseminada reiteradamente pelos meios de comunicação de massa, e incorporada ao senso comum, acaba

Fórum

Essa atividade prática deve ser realizada por meio da ferramenta fórum.

Discuta com os seus colegas de turma sobre o seguinte tema: "Crise da concepção de saúde ou crise do sistema de saúde"?

Para participar dessa discussão, recomendamos que você assista, antes, ao filme "As Invasões Bárbaras", disponível nas principais locadoras de vídeo.

Enquanto estiver no fórum, aproveite para ler e comentar as respostas já enviadas pelos seus colegas. O tutor também estará participando.

assumindo o que é um efeito como causa, e bloqueia uma visão mais construtiva do problema.

Nas análises de crises de sistemas e organizações complexas, temos que considerar sua natureza e sua forma de expressão.

Em relação à natureza das crises, identificamos aquelas que decorrem do esgotamento da sua dinâmica, e resultam em desordem, ou redução da complexidade da organização em relação à condição anterior.

E outras que, ao contrário, retratam a instabilidade dos sistemas quando, em consequência de processos de acumulação e desenvolvimento, estão em transformação para uma outra ordem de maior complexidade.

Na medida em que aumentam a expectativa de vida e a exposição a novos determinantes de desgaste, as práticas médicas, que tinham sido extremamente eficazes na prevenção e no tratamento das doenças anteriormente prevalentes, não são mais capazes de resolver por si só os novos problemas de saúde.

Quase sempre isto decorre de defasagem no tempo que as diferentes estruturas levam para mudar.

Quanto às formas de expressão, podem-se destacar, além da crise financeira, que é sempre a mais discutida, as crises por redução da resolutividade das práticas.

Paradoxalmente, o aumento do acesso aos novos recursos tecnológicos de alta complexidade não parece suficiente para assegurar bem-estar e qualidade de vida. E a maior extensão da vida muitas vezes pode representar apenas maior prevalência de doenças, incapacidade e sofrimento.

Há uma nova percepção de que as grandes transformações que ocorreram nas organizações sociais resultaram no aumento da vulnerabilidade da saúde das pessoas e das sociedades.

No nível coletivo, a vulnerabilidade pode ser vista como “a interação entre o risco existente em um determinado lugar e as características e o grau de exposição da população lá residente” (ALVES, 2006).

Para o indivíduo e o grupo social, a noção de vulnerabilidade geralmente é definida como uma situação em que estão presentes três elementos: exposição ao risco; incapacidade de reação e dificuldade de adaptação diante da materialização do risco (MOSER, 1998).

No nível da organização social, a vulnerabilidade apresenta duas dimensões integradas: a vulnerabilidade social, definida através da constatação de grupos populacionais excluídos, submetidos a grande

Alguns determinantes do aumento da vulnerabilidade das condições de vida e saúde

- Aumento da densidade populacional.
- Degradação dos ecossistemas naturais e a perda de qualidade dos serviços destes ecossistemas (ar, água, solo fértil, biodiversidade).
- Aumento da proporção de idosos na população.
- Maior expectativa de vida reprodutiva de pessoas com problemas genéticos.
- Aumento da obesidade e outros distúrbios do consumo de alimentos.
- Aumento da exposição cumulativa a novos produtos industrializados potencialmente prejudiciais à saúde.

- Adaptação de agentes de doenças transmissíveis aos ambientes urbanos, com risco de novas pandemias letais.
- Persistência de bolsões de miséria e exclusão social.
- Aumento da mobilidade territorial devido à procura de melhores condições de vida, perda de estabilidade no trabalho e a conflitos sociais.
- Aumento da violência nas cidades e da sensação de impotência quanto a este problema.
- Aumento da depressão decorrente da perda de coesão das famílias, dos grupos sociais e da indefinição da função social.
- Redução da capacidade de interação nos grupos sociais e de ação política eficaz.
- Incerteza em relação ao futuro, nas perspectivas individual e coletiva.

privação em relação ao acesso a bens e serviços, e a vulnerabilidade ambiental, definida pela presença de áreas de risco e degradação ambiental (ALVES, 2006).

Leia com atenção o texto a seguir.

Este quadro destaca alguns determinantes da situação de vulnerabilidade que passou a ser característica do período atual.

Alguns destes determinantes, como a persistência de bolsões de miséria, podem ser equacionados a partir de políticas sociais adequadas.

Outros, entretanto, decorrem do novo modo de vida e suas relações com os processos de produção e de consumo, ou são resultados diretos do modelo de desenvolvimento social e econômico implantado, em toda parte, mesmo que de modo desigual, no século XX.

Já se pode constatar que este modelo se aproxima de seus limites, e que mudanças profundas deverão ocorrer nas próximas décadas. Até que isto aconteça, a vulnerabilidade individual, coletiva, socioespacial e global, continuará aumentando, pois os seus determinantes são, em grande parte, resultantes ou componentes fundamentais do atual processo de produção e reprodução social.

Então, passou a ser fundamental que os serviços de saúde aos indivíduos, às famílias, aos grupos sociais e às organizações sociais, priorizem

Atividade do Módulo 6

Para fazer esta avaliação, você deverá ler um trecho do artigo do Professor Paulo Buss, “Promoção da saúde e qualidade de vida”, publicado na revista *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n.1, 163-177, 2000. Esse trecho está disponível na biblioteca virtual desta unidade no CD.

Nesse artigo, o autor destaca a necessidade de elaboração de uma nova concepção de saúde que permita operacionalizar novas políticas e práticas sociais orientadas para promover a saúde e a qualidade de vida.

Leia o texto e, utilizando os conceitos apresentados neste módulo, responda às seguintes questões:

1. Que níveis de organização da vida e de expressão do processo saúde-doença-cuidado receberam maior destaque no texto?
2. Qual a concepção de saúde proposta no texto?
3. Em quê essa concepção amplia as discutidas anteriormente?
4. Procure um conceito que defina “promoção da saúde” e discuta quais questões foram consideradas, no texto, fundamentais para assegurar a promoção da saúde e, portanto, contribuindo para a superação da crise atual.
5. De que modo essas questões estão relacionadas com a sua prática de trabalho em saúde, considerando questões como resolutividade, financiamento, cidadania e direito à saúde?

Envie a sua resposta ao tutor.

a dimensão de cuidar da saúde, minimizando os riscos, aumentando a competência em lidar com eles, promovendo as mudanças possíveis e buscando a redução do sofrimento.

Referências

ALVES, H. P. F. Vulnerabilidade sócio-ambiental na metrópole paulistana: uma análise sócio-demográfica das situações de sobreposição espacial de problemas e riscos sociais e ambientais. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v. 23, n.1, p. 43-59, 2006.

BREILH, J. *Epidemiologia Crítica: Ciência emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A., 2003.

CASTELLANOS, P. L. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico OPS* v. 10, n. 4, 1990.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (Org.). *Condições de vida e situação de saúde* Abrasco, 1997.

CHAVES, M. M. *Saúde e Sistemas*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1980. (Encyclopædia Britannica, 1961).

FERREIRA, J. R. La crisis. In: Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate. *Publicación Científica*. Washington, D.C: n. 540, p. 233. 1992.

GALOR, O.; MOAV, O. Natural Selection and the Evolution of Life Expectancy. *Minerva Center for Economic Growth*. Paper n. 02-05 (October 12, 2005). Disponível em: <<http://ssrn.com/abstract=563741>>.

MARGULLIS, L.; SAGAN, D. *O que é vida?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

MORIN, E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 2005.

PIAJET, J. *Biologia e Conhecimento*. Petrópolis: Editora Vozes, 1967.

SAMAJA, J. *A reprodução social e a saúde*. Salvador; Casa da Qualidade Editora, 2000.

TIM PARKIN. *Demography and Society*. Baltimore 1992.

7. Perfis epidemiológicos no Brasil

Paulo Sabroza e Helia Kawa

Como vimos no módulo anterior desta unidade, os processos saúde-doença-cuidado são categorias complexas e multidimensionais e, portanto, impõem para a sua operacionalização, a identificação de uma multiplicidade de informações quantitativas e qualitativas, que nos permitam analisá-las com base em muitas perspectivas.

Neste módulo, são apresentados os indicadores frequentemente utilizados para a análise da situação de saúde no Brasil. São indicadores calculados com base em dados coletados nos serviços públicos de saúde, como nascimentos, óbitos, internações, bem como outros relacionados à distribuição da população no território.

Ao final desse módulo, esperamos que você conheça os principais sistemas de informações do SUS e seja capaz de acessá-los através do sítio do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), identificando as principais características sócio-espaciais e as principais causas de mortalidade e morbidade da conjuntura atual brasileira.

Condições de vida e perfis epidemiológicos na população brasileira

Em diferentes períodos históricos, os indicadores apresentados pelos serviços públicos, de modo sistemático, foram selecionados a partir do que socialmente era definido como problema de saúde relevante, considerando-se, ainda, os limites estabelecidos pela disponibilidade de dados e as possibilidades técnicas do processamento e análise.

Durante a primeira metade do século XX, foram priorizadas as informações sobre casos de mortes por doenças infecciosas com grande potencial de produzir epidemias nos principais centros urbanos.

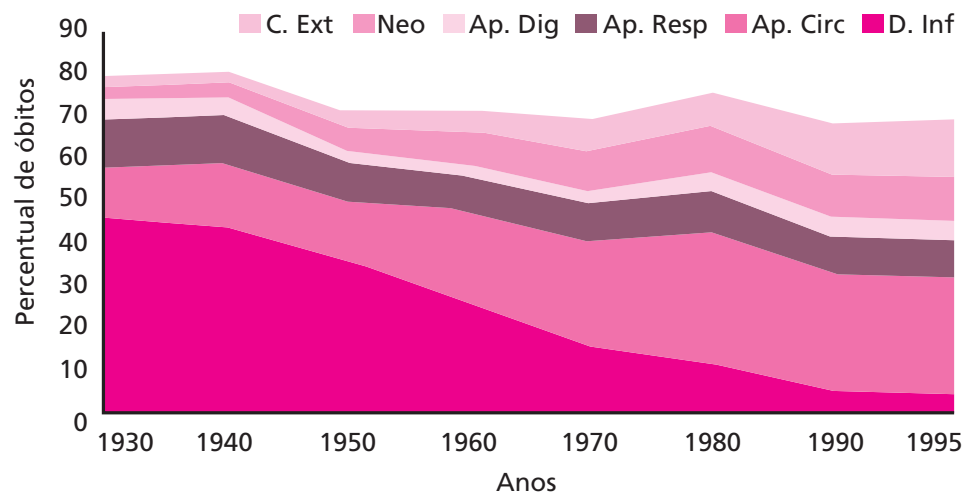
Na segunda metade do século passado, no período de consolidação do capitalismo de estado no Brasil, quando a saúde era considerada um recurso estratégico para o desenvolvimento socioeconômico, os indicadores considerados mais importantes foram algumas estatísticas de mortalidade, capazes de expressar os impactos das políticas públicas e do processo acelerado de urbanização na reprodução ampliada da força de trabalho: o coeficiente de mortalidade infantil, a mortalidade proporcional por doenças transmissíveis e indicadores de morbidade para doenças específicas definidas como problemas de saúde prioritários, por sua magnitude ou potencial epidêmico nos grandes centros urbanos: malária, tuberculose, hanseníase, esquistossomose, varíola, poliomielite e meningites meningocócicas.

Nesse período ocorre a transição epidemiológica nas populações das capitais brasileiras, com importantes mudanças nas principais causas de morte, como pode ser observado no Gráfico 1.



O texto “Concepções de saúde e doença”, de Paulo Sabroza (2004), apresenta modelos de análise das condições de vida e saúde daquele período, e que ainda são utilizadas atualmente. Recomendamos que você leia o texto, que pode ser encontrado na biblioteca virtual do curso.

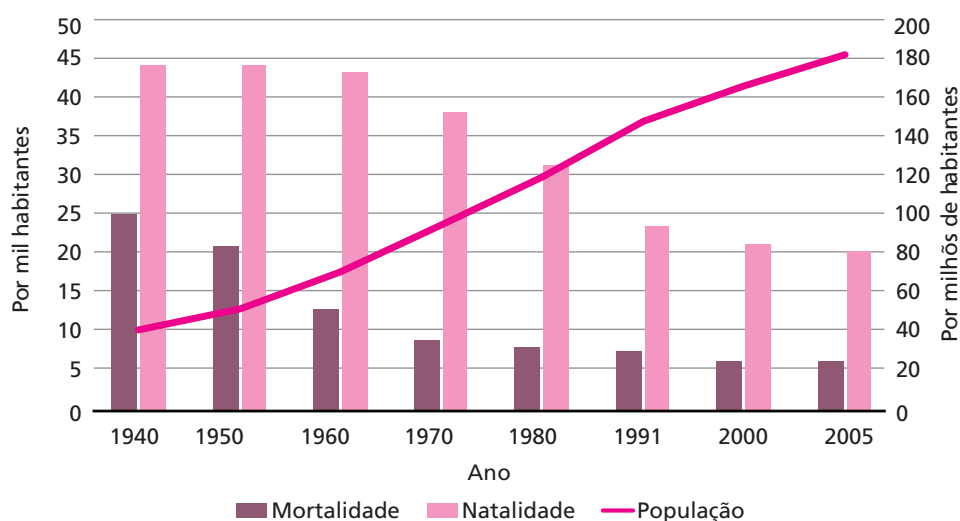
Gráfico 1 – Distribuição das mortes por grupo de causas. Capitais brasileiras: 1930-1995



Fonte: Brasil, Fundação IBGE. Estatísticas do século XX (2003).

Nas últimas décadas, como se pode ver no Gráfico 2 e no Gráfico 3, melhoraram os indicadores tradicionais de saúde do país como um todo: a mortalidade geral, a mortalidade infantil e a natalidade.

Gráfico 2 – População residente, natalidade e mortalidade no Brasil: 1940-2005

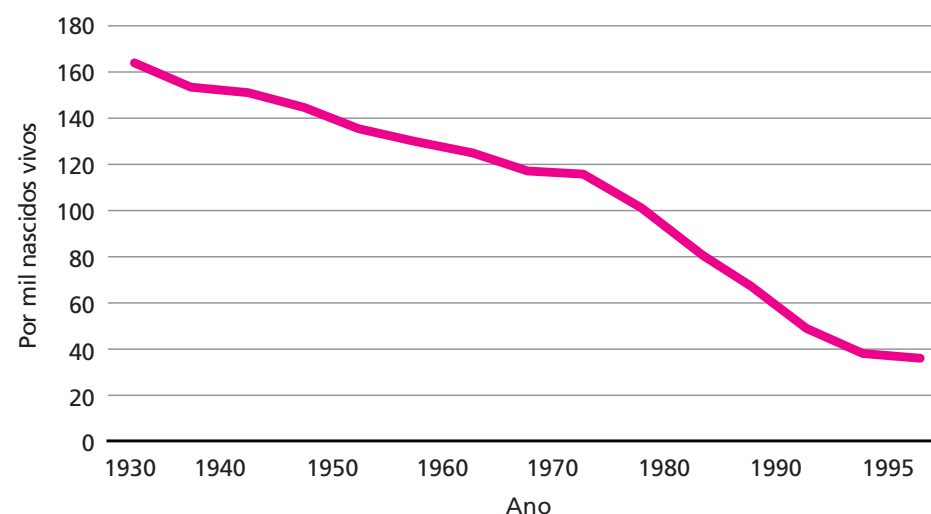


Fonte: Brasil. Fundação IBGE. Estatísticas do século XX. Brasil. MS. Datasus (2003)



Você pode acompanhar a evolução das taxas até 2011 em Indicadores e Dados Básicos de Saúde - IDB 2012 disponível em www.datasus.gov.br

Gráfico 3 – Mortalidade infantil. Brasil: 1930-2000



Fonte: Brasil. Fundação IBGE. Estatísticas do século XX. Brasil. MS. Datasus (2003)

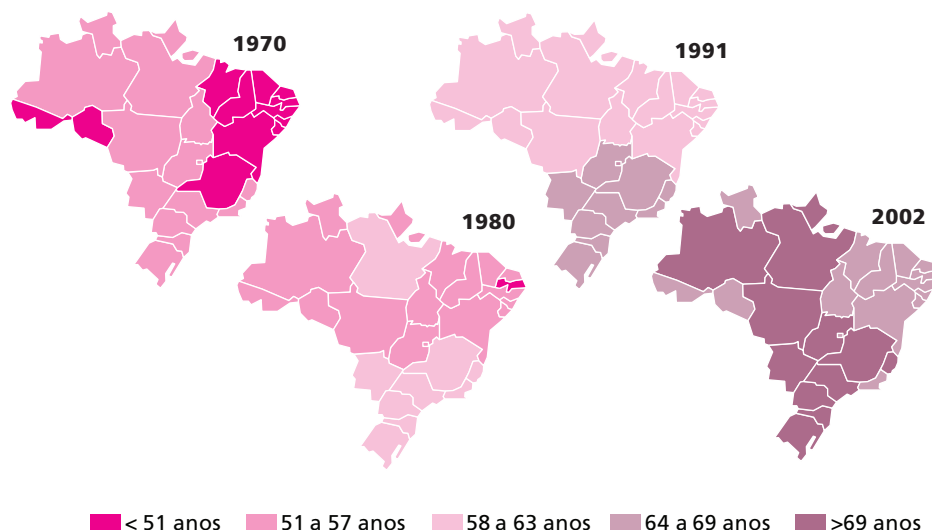


Em 2011, o valor da taxa de mortalidade infantil brasileira era de 15,3 por 1.000 nascidos vivos, variando entre 24,1 no Amapá e 10,8 no Rio Grande do Sul. Você encontra os valores das taxas em Indicadores e Dados Básicos de Saúde - IDB 2012, disponível em www.datasus.gov.br

A redução da mortalidade ocorre em todas as grandes regiões do país, como mostram os indicadores de expectativa de vida estimados por unidades federadas, mas o modelo de desenvolvimento econômico-social também consolidou as desigualdades históricas entre as unidades e regiões do país, como mostra a Figura 1, que apresenta a distribuição territorial da expectativa de vida ao nascer no Brasil, por unidade federada, em quatro anos diferentes.

A expectativa de vida ao nascer é um indicador complexo, que procura sintetizar a probabilidade de morrer nas diferentes faixas etárias, e é muito utilizado para se comparar populações com características demográficas distintas.

Figura 1 – Brasil. Esperança de vida ao nascer. UF: 1970/2002



Fonte: PNUD: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. <<http://www.pnud.org.br/atlas>> (2009).



Você poderá encontrar o Atlas de Desenvolvimento

Humano no Brasil 2013 em www.pnud.org.br/IDH/atlas2013. Utilizando o aplicativo, você poderá visualizar o mapa da esperança de vida ao nascer por estados da federação para 2010 e perceber as diferenças observadas no último período.

As análises dos indicadores de saúde permitem que sejam identificadas situações particulares que necessitam de atenção diferenciada, tanto dos gestores quanto de outros atores sociais.

No SUS – Sistema Único de Saúde do Brasil –, o Sistema de Informações em Saúde é um componente fundamental, que tem como um dos principais objetivos a viabilização das análises de condições de vida e saúde nos diferentes níveis de organização socioterritorial: nacional, estadual, municipal e local, procurando contemplar as diferentes dimensões de questões assim tão complexas.

Estas diferentes dimensões permitem que reconheçamos componentes distintos das condições de vida e saúde. Se considerarmos a dimensão da mortalidade (Tabela 1) teremos uma visão bem diferente daquela decorrente da análise das principais causas de internação (Tabela 2).

Se tivéssemos observando indicadores da atenção básica, de incapacidade no trabalho ou do sofrimento, teríamos ainda outras visões distintas.

Tabela 1 – Brasil. Dez principais causas de mortalidade: 2011

Causas de óbitos	Óbitos	%
Dez principais causas de Mortalidade	600.347	51,3
Doenças isquêmicas do coração	103.486	17,2
Doenças cerebrovasculares	100.751	16,8
Outras doenças cardíacas	66.420	11,1
Pneumonia	59.517	9,9
Diabetes mellitus	57.876	9,6
Agressões	52.198	8,7
Doenças hipertensivas	46.668	7,8
Acidentes de transporte	44.553	7,4
Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	42.837	7,1
Doenças do fígado	26.041	4,3
Demais causas	570.151	48,7
Todas as causas	1.170.498	100,0

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS (2014)

Tabela 2 – Brasil. Dez principais causas de morbidade hospitalar no SUS: 2011

Morbidade	Internações	%
Dez principais causas de Morbidade	2.723.431	24,14
Pneumonia	732.820	26,91
Outras complicações da gravidez e do parto	575.629	21,14
Insuficiência cardíaca	261.702	9,61
Colelitíase e colecistite	225.690	8,29
Diarreia e gastroenterite origem infecciosa presumível	186.983	6,87
Asma	178.222	6,54
Diabetes mellitus	148.511	5,45
Hérnia inguinal	147.546	5,42
Bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	142.484	5,23
Acidente vascular cerebral hemorrágico ou isquêmico	123.844	4,55
Demais causas	8.558.139	75,86
Todas as causas	11.281.570	100,00

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS (2014)



Para conhecer a proposta de Amartya Sen, leia o livro desse autor, *Desenvolvimento como liberdade*, 6. ed., publicado pela Cia. das Letras, São Paulo, em 2000.

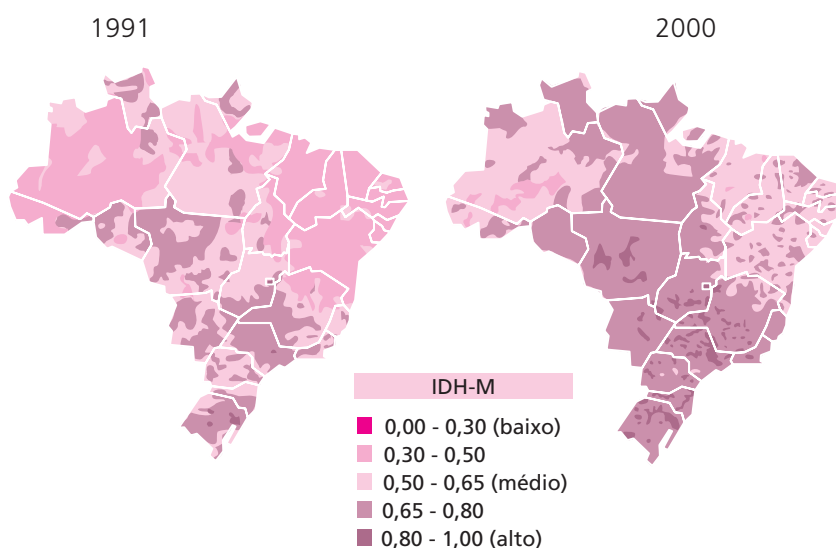
Já a Figura 2 utiliza o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHm), um indicador sintético elaborado a partir de indicadores de 3 dimensões da vida humana (a duração da vida, a educação e a renda) para comparar as condições de vida entre municípios no Brasil.

Esse indicador é uma adaptação da proposta de Amartya Sen,, que destacou a necessidade de se procurar indicadores que pudessem monitorar o processo de desenvolvimento na perspectiva da qualidade de vida com liberdade.



No Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013, acessível em www.pnud.org/IDH/atlas2013, você poderá utilizar o aplicativo para visualizar as mudanças ocorridas nos IDH municipais no período 2000/2010. Você pode também acessar os dados de seu município e fazer comparações.

Figura 2 – Brasil. IDHm: 1991 e 2000



Fonte: PNUD: Atlas do desenvolvimento humano no Brasil (ano). <<http://www.pnud.org.br/atlas>>

Para praticar

A Figura 2 apresenta mapas com os IDHm para os municípios brasileiros em duas situações (anos 1991 e 2000).

Compare os IDHm desses dois anos, identificando três características que mais se destaquem. Reflita sobre elas e faça suas anotações no Diário de Estudos.

O Sistema Nacional de Informações em Saúde do SUS tem como um de seus fundamentos a natureza pública, garantindo o acesso sem restrições às diversas informações, desde que respeitados os cuidados relativos ao sigilo referente aos dados individuais.

Sua arquitetura hierarquizada, consolidando informações adequadas para cada nível de organização e sua natureza estratégica, procura assegurar aos gestores e outros atores sociais o acesso às informações indispensáveis ao planejamento, à avaliação e ao controle público, nos diferentes níveis de governo.

Para isto, não basta que os dados estejam disponíveis.

As informações precisam ser apresentadas de modo compreensível e de fácil acesso, por meio de indicadores consolidados, além de permitirem, também, sempre que necessário, acesso aos dados primários.

Neste módulo, utilizaremos algumas bases de informações do DATASUS, do Ministério da Saúde do Brasil, com o propósito de obtermos indicadores de algumas unidades federadas e municípios de capitais, agregadas em quatro grandes blocos, que refletem diferentes dimensões do processo saúde-doença-cuidado:

- ▣ demografia;
- ▣ mortalidade por causas específicas;
- ▣ morbidade;
- ▣ condições de vida.

Para acessar esses indicadores, utilize os seguintes procedimentos:

1. No seu micro, abra o programa de navegação da Internet (por exemplo: Internet Explorer ou Mozilla Firefox).
2. No campo **endereço** digite: <www.datasus.gov.br>.
3. Na página inicial do DATASUS, clique no link **Informações de Saúde**.
4. Na página **Informações de Saúde** clique no link **Indicadores de Saúde**.
5. Na página **Indicadores de Saúde**, você poderá escolher entre:
 - ▣ Indicadores e Dados Básicos – IDB 2012.
 - ▣ Cadernos de Informações de Saúde, de acordo com o indicador que irá precisar nas atividades práticas a serem realizadas a seguir.

Atividade do Módulo 7

As tabelas a seguir exibem alguns dados e indicadores selecionados por nós, autores, e deverão ser preenchidas por você.

Os indicadores deverão ser procurados no Caderno de Informações de Saúde e na seção de Indicadores e Dados Básicos (IDB), no *site* do DATASUS, como acabamos de apresentar.

Preencha essas tabelas com as informações disponíveis para o último ano ou para o ano referido, considerando o indicador (anos entre 2000 e 2011).

Ao final, envie para o seu tutor.

Indicadores e dados geográficos para o Brasil, para os estados do Rio de Janeiro e do Amazonas, e para os municípios das capitais

Dados e Indicadores	Brasil	Estado RJ	Município Rio de Janeiro	Estado AM	Município Manaus
População 2011					
Número de óbitos 2011					
Taxa bruta de mortalidade por 1.000 habitantes ¹ 2011					
Taxa bruta de natalidade por 1.000 (2011)					
Taxa de crescimento da população (2001 a 2011 em %)					
Mortalidade proporcional em pessoas com 70 anos ou mais (%) (2011)					

Nota: A taxa bruta de mortalidade geral por 1.000 habitantes deve ser calculada da seguinte maneira: dividir o número total de óbitos ocorridos no período pela população do mesmo período. Em seguida, multiplicar o resultado por 1.000.

Indicadores de mortalidade para o Brasil, para os estados do Rio de Janeiro e do Amazonas, e para os municípios das capitais

Dados e Indicadores	Brasil	Estado RJ	Município Rio de Janeiro	Estado AM	Município Manaus
Taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos (2011)					
Mortalidade proporcional por doenças infecciosas % (2011)					
Taxa de mortalidade por Aids por 100 mil habitantes (2011)					
Taxa de mortalidade por diabetes por 100 mil habitantes (2011)					
Taxa de mortalidade por agressões por 100 mil habitantes (2011)					

Indicadores de morbidade para o Brasil, para os estados do Rio de Janeiro e do Amazonas, e para os municípios das capitais

Dados e Indicadores	Brasil	Estado RJ	Município Rio de Janeiro	Estado AM	Município Manaus
Taxa de incidência de câncer de colo do útero por 100 mil mulheres (2011-2012)					
Taxa de incidência de tuberculose por 100 mil habitantes (2011-2012)					
Taxa de incidência de câncer de pulmão por 100 mil habitantes (2011-2012)					
Percentual de internações hospitalares por doenças infecciosas e parasitárias (2011)					

Indicadores e fatores de risco para o Brasil e para os estados do Rio de Janeiro e do Amazonas, e para os municípios das capitais

Dados e Indicadores	Brasil	Estado RJ	Município Rio de Janeiro	Estado AM	Município Manaus
Taxa de prevalência de obesidade por 100 habitantes					
Prevalência de desnutrição por 100 crianças menores de 2 anos – 2007 (SIAB)					
Proporção de baixo peso ao nascer – 2011 (SINASC)					

Indicadores e fatores de risco para o Brasil e para os estados do Rio de Janeiro e do Amazonas, e para os municípios das capitais

Dados e Indicadores	Brasil	Estado RJ	Município Rio de Janeiro	Estado AM	Município Manaus
% de moradores com domicílios ligados a rede geral de água					
% de moradores com domicílios ligados à rede geral de esgoto					
% de residentes alfabetizados com mais de 10 anos de idade					
PIB <i>per capita</i> (em reais)					
IDHm					



Avaliação final da Unidade III

1. Utilizando como referência o texto “Concepções de saúde e doença”, de Paulo Sabroza (2004), discuta as principais diferenças entre o modelo de transição epidemiológica de um país de economia periférica, como o Brasil, e o modelo de transição epidemiológica dos países de economia central.
2. Considerando as situações descritas no modelo de transição demográfica, apresentado no texto “Concepções de saúde e doença” e os dados de mortalidade e natalidade do Gráfico 2, identifique qual estado de transição da população brasileira como um todo, no período atual.
3. Descreva, com base no Gráfico 3, o comportamento da mortalidade infantil no Brasil. Identifique três períodos distintos e formule, a partir do texto “Concepções de saúde e doença”, hipóteses que possam explicar o comportamento desse indicador.

Envie as respostas para o seu tutor.

Referências

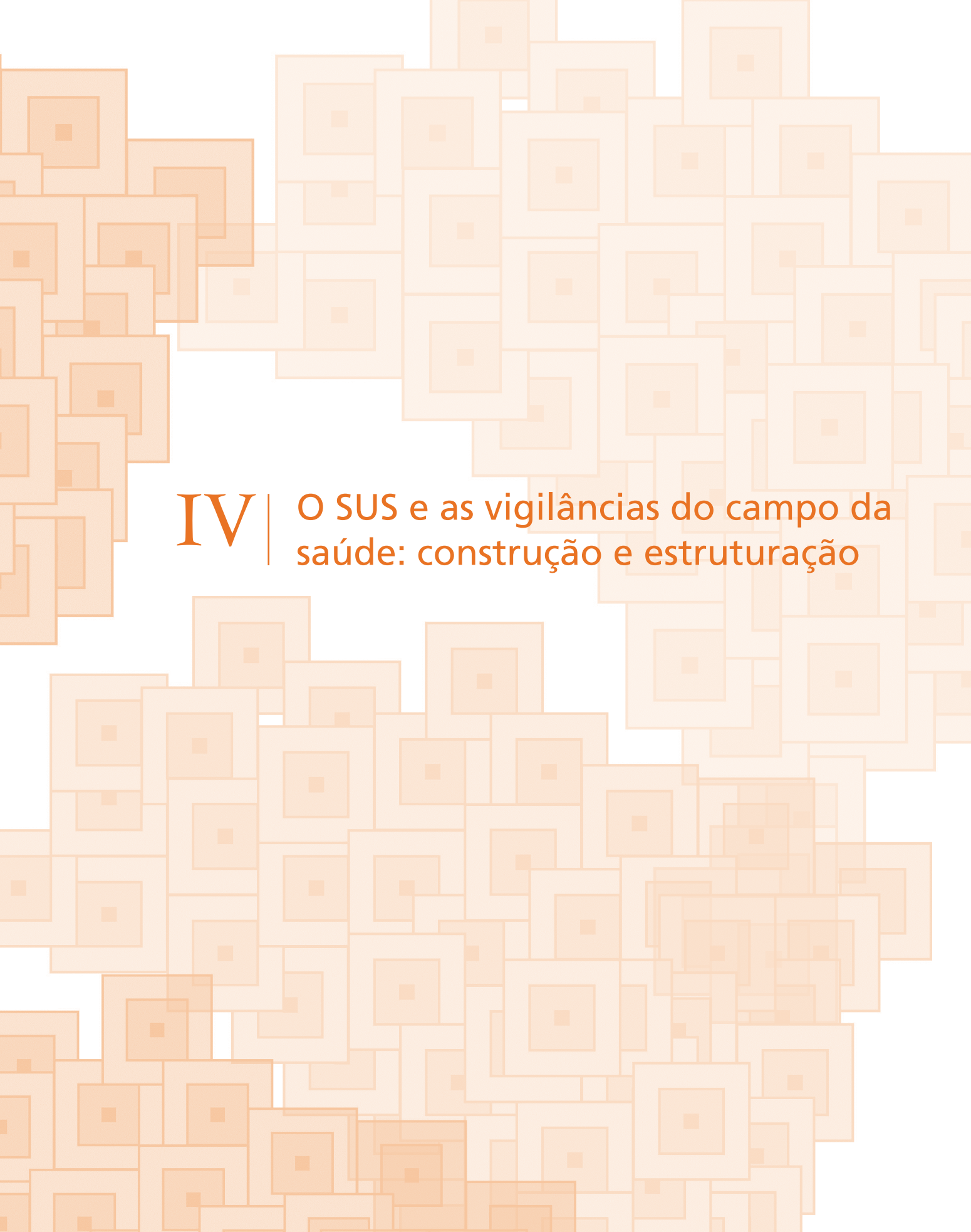
BRASIL. Fundação IBGE. *Estatísticas do século XX*, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM*, 2010.

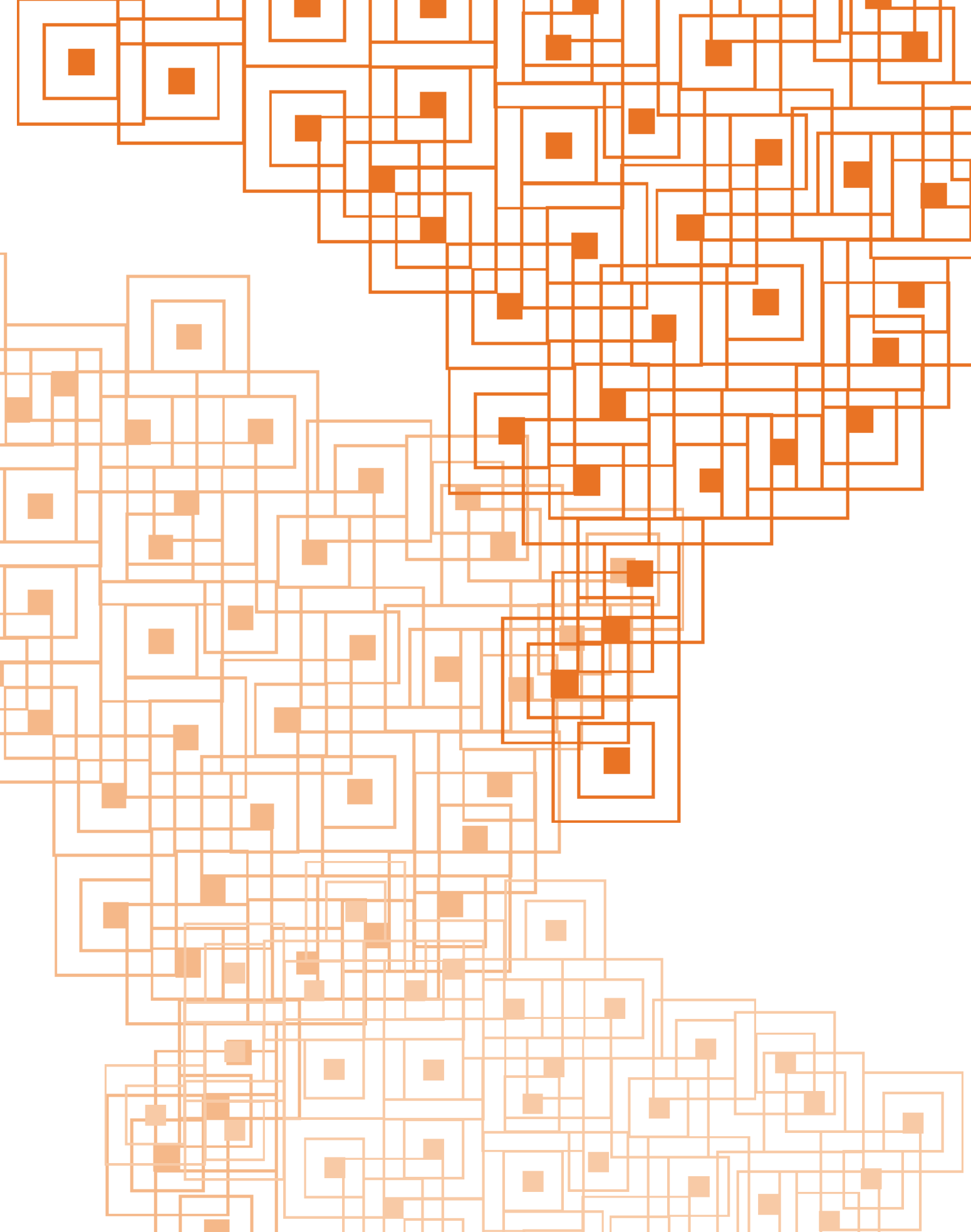
BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS*, 2014.

PNUD: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas>>.

SABROZA, P. C. *Concepções de saúde e doença*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2004. Mimeografado.



IV | O SUS e as vigilâncias do campo da saúde: construção e estruturação



8. Vigilâncias do campo da saúde: caracterização e processo de trabalho

*Marismary Horsth De Seta, Elizabete Vianna Delamarque
e Lenice G. da Costa Reis*

Neste módulo abordaremos as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde do trabalhador e ambiental do ponto de vista:

- das suas definições legais visto que, pelo menos três delas, figuram na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2000) como competência do Sistema Único de Saúde (SUS);
- do que elas têm em comum – inclusive o risco como conceito fundamental a ser operacionalizado – e do que as diferenciam;
- da caracterização e dos componentes dos seus processos de trabalho.

Elas serão tratadas assim, plurais, ao mesmo tempo em que apontaremos as tendências para sua organização no SUS. A ênfase não será nas suas estruturas, mas no conteúdo dessas práticas, de algumas ações necessárias – também porque elas são um direito da cidadania – e da natureza do trabalho a realizar.

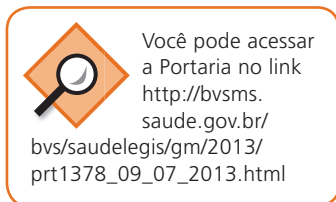
Ao final desse módulo, você deverá ser capaz de:

- definir e discriminar (distinguir) as vigilâncias do campo da saúde e de compreender a sua historicidade;
- identificar a relação entre as vigilâncias e a Promoção da Saúde;
- caracterizar a organização sistêmica das vigilâncias, no nível nacional, e compreender a necessidade de ação cooperativa para a redução de riscos, danos e agravos no seu âmbito de atuação;

Neste mesmo módulo, mais adiante, abordaremos a questão da intersetorialidade, que representa um dos pilares indispensáveis à efetividade de suas ações.

- dominar os conceitos comuns a todas as vigilâncias (risco, **intersetorialidade** e território) e as formas de operacionalização desses conceitos.
- compreender o processo de trabalho das vigilâncias (meios, instrumentos, agentes) e elencar os seus requerimentos.

Reflexões iniciais



Em 9 de julho de 2013, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº 1.378. Esta portaria define que as ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

- I. a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;
- II. a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;
- III. a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;
- IV. a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências;
- V. a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;
- VI. a vigilância da saúde do trabalhador;
- VII. a vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde;
- VIII. outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade.

Para refletir

Qual das vigilâncias você mais conhece? Por que nesse texto se usa o termo “vigilâncias do campo da saúde” ou “vigilância(s) em saúde”, assim, no plural? Não poderia ser só no singular?

Para denominar o conjunto de práticas abrangidas nessa disciplina não serão utilizadas as expressões “vigilância em saúde”, “vigilância da saúde” ou mesmo “vigilância à saúde”. Essa opção, que se adotou para alcançar maior clareza, é também motivada por outros fatores, inclusive pelos diferentes significados de “vigilância da/na/em saúde” e ao desenvolvimento desigual de cada uma das vigilâncias do campo da saúde, que serão abordados a seguir.

Os diferentes significados de “vigilância da/na/a/em saúde”

Esses diferentes significados podem se expressar de maneira diversa na realidade concreta do SUS, em suas práticas e em seu arcabouço institucional. Neste, inclusive, a depender da esfera de governo de que se está falando, a diversidade pode ser ainda maior...

Há uma polêmica sobre o significado de “vigilância da/na/em saúde”, que se evidencia na leitura de vários autores. Albuquerque, Carvalho e Lima (2002) afirmam que os termos “vigilância à saúde”, “vigilância em saúde” e “vigilância da saúde” vêm sendo amplamente citados na literatura no país sem que haja uma definição “instituída” dos seus objetos ou uma conceituação que seja remetida à prática. Nesse mesmo sentido, Teixeira e Pinto (1993, p. 6) já chamavam a atenção de que o termo “vigilância à saúde” representa um “imenso guarda-chuva” que busca articular “práticas dispersas e heterogêneas em saúde coletiva”, desde as assistenciais até as dirigidas para a prevenção.

Com a ampliação da vigilância epidemiológica abarcando, além das doenças transmissíveis, as não transmissíveis e os fatores de risco, o termo “vigilância em saúde” ou “vigilância em saúde pública” tem enfatizado o trabalho com os sistemas de informação.

Vigilância em saúde pública é o nome proposto para a vigilância epidemiológica no final dos anos 1980. A esse respeito, Waldman (1998a) afirma que essa mudança de denominação não implicou nova abordagem ou grandes modificações conceituais ou operacionais da vigilância no Brasil porque a mudança se dera em anos anteriores.

Mas, para Mendes (1993), a vigilância à saúde não se resume em ação de produção de informação; é principalmente intervenção sobre os fatores que determinam e condicionam problemas de enfrentamento contínuo, que incorpora, também, ações de caráter individual.



Quer saber mais sobre vigilância em saúde pública?

Leia os textos “Projeto de análise de informação para tuberculose”, de Natal e Elias (2000) e “Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública”, de Waldman (1998). Eles estão disponíveis no CD do curso e também em www.scielo.br.

Já a Portaria 1378 de 2013, correlaciona as duas dimensões, utilizando o seguinte conceito:

“A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde”.

Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) reconhecem especificidades nas vigilâncias epidemiológica e sanitária que justificam a existência de cada uma delas, do ponto de vista técnico-operacional. E afirmam que a primeira, a epidemiológica obedece a “uma racionalidade técnico-sanitária fundada na clínica e na epidemiologia”, e que a vigilância sanitária obedece a “uma racionalidade político-jurídica, fundada nas normas que regulamentam a produção, distribuição e consumo de bens e serviços”. Apesar de não considerarem a diversidade de portes, problemas, realidades e de riscos à saúde que os municípios apresentam, esses autores defendem que, no âmbito municipal, não se justifica a institucionalização em separado dessas duas vigilâncias.

Os autores anteriormente mencionados sistematizam três vertentes do que chamam de “vigilância da saúde”, descritas a seguir.

- a) **Vigilância da saúde equivalendo a “análise de situações de saúde”.** Caracteriza-se pela ampliação dos objetos da vigilância epidemiológica tradicional (doenças transmissíveis); e contribui para um planejamento de saúde mais abrangente. A ampliação dos objetos abarca as investigações; montagem de bases de dados sobre outros agravos (mortalidade infantil e materna, doenças crônicas, acidentes e violência etc.); aspectos relativos à organização e produção dos serviços de saúde.

Alguns autores situam a **análise de situação de saúde** como uma das quatro áreas de aplicação da epidemiologia nos serviços de saúde, sendo as demais a identificação de perfis e fatores de risco, a avaliação epidemiológica de serviços de saúde e a chamada “vigilância em saúde pública” (WALDMAN, 1998b). Barcellos et al. (2002, p. 130), entretanto, afirmam que “a análise de situações de saúde corresponde a uma vertente da vigilância da saúde que prioriza a análise da saúde de grupos populacionais definidos em função de suas condições de vida”, condições essas a abranger também as condições de saúde e de acesso aos serviços de saúde.

- b) **Vigilância da saúde como proposta de integração institucional entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária.** Concretizou-se mediante reformas administrativas, com a criação de Departamentos de Vigilância da Saúde ou órgãos similares, inicialmente nas secretarias estaduais de saúde, na primeira metade da década de 1990.
- c) **Vigilância da saúde como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias.** É um novo modelo assistencial dotado de algumas características básicas: intervenção sobre problemas de saúde; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; articulação entre ações preventivas e de promoção; atuação intersetorial e sobre o território; intervenção sob a forma de operações. Em resumo, nesta concepção a vigilância representa a possibilidade, ainda não concretizada, de organizar processos de trabalho em saúde num território delimitado para enfrentar problemas por meio de operações montadas em diferentes períodos do processo saúde-doença. Além disso, essa vertente aponta para a necessidade de mudança do processo de trabalho com a incorporação de outros sujeitos, gerentes de serviços, técnicos e representantes de grupos organizados da população.

A existência dessas três diferentes vertentes, como resultado de diversas formulações e de experiências práticas também diversas, faz com que, ao se falar em “vigilância da saúde”, seja necessário perguntar: “Mas, de que vertente da vigilância da/na/em saúde você está falando?” Ou então “de que conjunto de ações você está falando?”

No senso comum, o termo “vigilância da saúde” é algumas vezes substituído mecanicamente por “vigilância em saúde”, como se fossem sinônimos. Mesmo com essa relativa confusão, é importante realçar que, nesse sentido corrente, os dois termos carregam uma conotação positiva de possibilidade de ação mais articulada das vigilâncias.

Para refletir

Você considera que mudanças no nome do serviço ou no organograma podem resultar em renovação de práticas e tornar as ações menos fragmentadas? Por quê?

Outro ingrediente dessa polêmica é a diversidade de formas de divisão de atribuições entre as vigilâncias nos estados e nos municípios. Vejamos três pontos.

1. Na esfera federal de governo existe uma separação mais ou menos clara de atribuições e, mais clara ainda, de instituições em relação à vigilância sanitária – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) – e à vigilância epidemiológica e ambiental em saúde que, desde 2007, passou a incorporar também a saúde do trabalhador – Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

A gestão e a coordenação das ações relativas à Saúde do Trabalhador, na esfera federal, passaram para o âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), por meio da Portaria MS/GM n. 1.956, de 14 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007b). Com a mudança, o que era uma área técnica de Saúde do Trabalhador saiu do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde.

Registro de medicamento é o instrumento por meio do qual o Ministério da Saúde determina que, para a introdução no mercado, comercialização e consumo de um dado medicamento, compete à Anvisa, em caráter jurídico-administrativo e técnico-científico, avaliar o cumprimento de critérios relacionados à eficácia, à segurança e à qualidade desses produtos.

Texto adaptado de: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa, 2009a; b).

Além de atribuições de coordenação dos sistemas nacionais e de alguns programas, a esfera federal tem algumas responsabilidades privativas, no caso das vigilâncias, como o **registro de medicamentos** ou de produtos.

Outros exemplos de atribuições privativas da esfera federal são: o controle sanitário em portos, aeroportos e recintos alfandegados, no caso da vigilância sanitária; a elaboração de normas sobre:

- a) ações de prevenção e controle de fatores relacionados ao meio ambiente com repercussão na saúde humana;
 - b) os limites de exposição humana a riscos químicos e físicos com repercussão na saúde humana, no caso da vigilância ambiental em saúde.
2. Se, como dissemos no item anterior, há uma separação de atribuições entre a Anvisa e a SVS, isso parece ser diferente nos estados e, mais ainda, nos municípios. Em grande parte deles, notadamente nos pequenos municípios, não existe separação de funções e de equipes para o trabalho nas vigilâncias, independentemente do nome do serviço. Muitos têm uma só equipe ou mesmo um só profissional, que costuma ser responsável por todas as ações referentes às vigilâncias. Nesses municípios, geralmente não se realiza todo o escopo de ações das vigilâncias que poderiam caber a essa esfera de governo. Para isso concorrem: o predomínio de municípios pequenos e muito pequenos, que sofrem com a escassez de profissionais disponíveis nas localidades; o início relativamente tardio do processo de descentralização das ações – em

relação às ações assistenciais, ao cuidado – e, a própria natureza do trabalho a realizar.

Até o final dos anos 1990, muitos municípios não tinham secretaria de saúde individualizada na estrutura da gestão municipal. Até recentemente, quando existia um serviço de vigilância organizado no município ele era designado majoritariamente como de “vigilância sanitária”. Atualmente, com muita frequência, esse mesmo serviço tem sido denominado como “vigilância em saúde” ou “da vigilância da saúde”. Essa estruturação dos serviços das esferas de governo subnacionais à semelhança da esfera federal já fora apontada por Medeiros ([1986] *apud* ABRUCIO, 1998, p. 72), que afirmou que a organização da esfera estadual mimetiza a da federal para facilitar o recebimento dos recursos financeiros e da cooperação técnica.

3. Outro fator é que as práticas e os respectivos (sub)sistemas têm sido designados pelos mesmos nomes atribuídos aos serviços ou lugares institucionais organizados na esfera federal. Assim, as vigilâncias epidemiológica e ambiental crescentemente são designadas como “vigilância em saúde”, tomando por base a designação adotada para a secretaria do Ministério da Saúde. De modo semelhante, já havia correspondência entre a prática chamada de vigilância sanitária e o serviço da esfera federal, fosse ele a antiga Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária ou a atual Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Os estados brasileiros são diferentes uns dos outros, mas os municípios são ainda muito mais heterogêneos entre si. E não é só em relação a tamanho, de São Paulo a Borá... O porte populacional é só um aspecto da heterogeneidade municipal; a ele se acrescentam os aspectos que decorrem das acentuadas desigualdades regionais, de tal maneira que dois municípios de mesmo porte situados em diferentes regiões podem apresentar características, estruturas e capacidades e infraestrutura diversas.

Para praticar

Como se organizam as vigilâncias em seu município? Procure saber quantos profissionais estão envolvidos com as atividades dessas áreas.

Registre suas reflexões no Diário de Estudos.

Em síntese, para tratar da distribuição das atribuições e da organização das vigilâncias, no nível deste curso, é necessário remeter as discussões para o conteúdo das práticas, das ações necessárias e da natureza do trabalho a realizar. Mesmo considerando que dada estrutura contribui para certo desempenho, deve-se tentar ser menos prescritivo sobre que formato de estrutura organizacional é desejável, e menos afirmativo sobre o potencial de transformação das práticas em função da adoção de uma estrutura organizacional ou de sua denominação. Recorre-se, assim, ao estágio atual das abordagens administrativas que recomendam que não haja uma única melhor maneira de se organizar e que “tudo depende...”

Neste texto, o uso do termo “vigilâncias do campo da saúde”, ou “vigilância(s) em saúde” respalda-se no reconhecimento de que todas as vigilâncias não se valem de um único método, e sim que elas se valem de métodos e de aportes de diversas disciplinas científicas. E também que, usando conceitos comuns, fazem deles um uso diferenciado. O que não elimina a necessidade de diálogo e de construção de pontes entre as vigilâncias, se o que se quer é a melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

O desigual desenvolvimento dos componentes da “vigilância da/na/em saúde”

As vigilâncias do campo da saúde, no Brasil, não se constituíram de forma linear no sistema de saúde. Seu desenvolvimento foi desigual no tempo e em cada contexto.

Você sabia que as bases para a construção das vigilâncias do campo da saúde encontram-se no art. 200 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2000) e na Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990)? E que dos oito incisos do art. 200, apenas dois não se encontram compreendidos no escopo de atuação das vigilâncias do campo da saúde? Vamos a eles!

A Constituição Federal (BRASIL, 2000) define que, sem prejuízo dos “serviços assistenciais”, deve ser conferida prioridade às atividades preventivas (inc. II, art. 198, CF de 1988), em cujo escopo se incluem as vigilâncias. O art. 200 estabelece as competências para o Sistema Único de Saúde, tal como transcrito a seguir:

I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 2000).

Para refletir

Com a leitura desse artigo você percebeu uma gradação de responsabilidades entre ações a serem diretamente executadas e outras para as quais o SUS deve participar e/ou colaborar? Em que isso implica no desenvolvimento do SUS?

Essa gradação significa o reconhecimento, em último caso, de responsabilidade pelo setor saúde em atribuições que, na estrutura do Estado brasileiro, encontram-se sob a responsabilidade de outros órgãos governamentais. Assim, legalmente ao setor saúde cabia a execução das vigilâncias sanitária e epidemiológica, mas apenas participar ou colaborar em ações de responsabilidade mais direta de outros setores governamentais (saneamento básico, controle das substâncias tóxicas e radioativas, meio ambiente, ambiente de trabalho). Tal gradação provavelmente contribuiu para o desenvolvimento desigual das vigilâncias tanto no aspecto institucional quanto conceitual no âmbito da saúde.

A **Agenda 21** é um documento que contém um roteiro de ações com previsão de metas, recursos e responsabilidades definidas para alcançar o desenvolvimento sustentável no século XXI.

Na Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável ("Rio + 10"), realizada em Johannesburgo, África do Sul, em 2002, constataram-se poucos avanços ou mesmo retrocessos em relação à Agenda 21 (FREITAS, 2005).



<http://www.onu.org.br/rio20/img/2012/01/agenda21.pdf>

O Cenepi é um centro criado em 1990, na Fundação Nacional de Saúde (Funasa), que objetivava dirigir as ações de epidemiologia no âmbito do Ministério da Saúde e articular a atuação das secretarias estaduais nesse campo. Em 2003, o Cenepi foi extinto, dando lugar à Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

Nesse ponto, um exemplo focado em um componente mais recentemente introduzido das vigilâncias do campo da saúde, o referente ao ambiente.

O tema ambiente entrou na agenda política e científica global na década de 1990, tendo como marco a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento Humano, mais conhecida como Rio-92, que gerou a **Agenda 21**.

No plano internacional, no final dos anos 1990, nos países industrializados, consolidaram-se as propostas de “vigilância ambiental em saúde pública” (THACKER et al., 1996) e de “vigilância em saúde pública” (LEVY, 1996). Essas propostas, segundo Freitas e Freitas (2005), continham pelo menos três elementos que deveriam estar integrados:

1. a vigilância de efeitos sobre a saúde, como agravos e doenças, tarefa tradicionalmente realizada pela vigilância epidemiológica;
2. a vigilância de perigos, como agentes químicos, físicos e biológicos que possam ocasionar doenças e agravos, tarefa tradicionalmente realizada pela vigilância sanitária;
3. a vigilância de exposições, pelo monitoramento da exposição de indivíduos ou grupos populacionais a um agente ambiental ou seus efeitos clinicamente ainda não aparentes (subclínicos ou pré-clínicos), desafio para a estruturação da vigilância ambiental.

No final dos anos 1990, sob a influência dessas propostas de vigilância ambiental em saúde e de vigilância em saúde pública, com financiamento do Banco Mundial, iniciou-se no Brasil, com o projeto VigiSUS de estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a institucionalização do tema ambiente no setor saúde em caráter sistêmico.

No Ministério da Saúde, criou-se a Vigilância Ambiental em Saúde e, em maio de 2000, estabelecendo-se no extinto **Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi)** a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (SINVAS) que, a partir de 2005, passou a ter a sigla SINVSA (Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental).

As definições das vigilância(s) em saúde e os seus conteúdos comuns

As definições legais das vigilâncias do campo da saúde são encontradas em dispositivos normativos de naturezas diversas. Um aspecto comum a todas as definições das “vigilâncias” é que elas compreendem um conjunto de ações ou de atividades e que todas realizam investigações. Outro aspecto relacionado ao seu processo de trabalho é que todas requerem análises laboratoriais.

Na Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990) encontram-se as definições de vigilância sanitária, epidemiológica e, em relação à vigilância em saúde do trabalhador, é a própria área de saúde do trabalhador que é definida, abrangendo ações assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária, desenvolvimento de estudos e revisão normativa. Vamos às definições da Lei nº 8.080/90.

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I – o controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 1990, art. 6º, §1º).

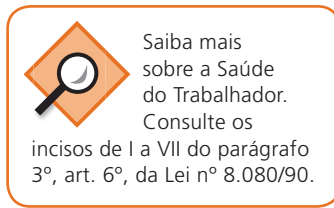
Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990, art. 6º, §2º).

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...] (BRASIL, 1990, art. 6º, §3º).



Para conhecer a lista de laboratórios de saúde pública que realizam análises de interesses das vigilâncias acesse o link <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Profissional+de+Saude/Assunto+de+Interesse/Endercos+das+Vigilancias+Sanitarias> e leia o artigo de Santos, Pereira e Silva (2008) “Gestão da qualidade nos Laboratórios Centrais de Saúde Pública e o modelo de controle de qualidade analítica da malária”.

O artigo está disponível também no CD do curso.



A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é definida na Portaria MS/GM nº 3.120/98 como:

[...] uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los e controlá-los (BRASIL, 1998a).

A Vigilância em Saúde Ambiental, de constituição recente, é definida em documentos do Ministério da Saúde como

[...] um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005c).

Veja agora aspectos comuns nas definições das vigilâncias que destacamos a seguir.

1. Devem ser pensadas mais amplamente dentro do contexto de desenvolvimento social, nas formas de organização do Estado e da sociedade para dar sustentabilidade aos modelos de desenvolvimento adotados, levando em consideração a complexidade do processo saúde-doença e a busca da melhoria das condições de vida das pessoas.
2. São conjuntos de ações ou de atividades e lidam com riscos ou **fatores determinantes e condicionantes de doenças e agravos.**
3. Na sua operacionalização, as quatro vigilâncias se referem a **territórios delimitados.**
4. Em termos de política pública as vigilâncias têm um **caráter intersetorial.**
Para três delas – as vigilâncias sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador –, além do conceito de risco, comum às quatro vigilâncias, a **intersetorialidade.**

O fato de terem aspectos comuns não significa que as quatro vigilâncias trabalhem da mesma forma:

- Nas definições anteriores há diferenças importantes quanto à forma de atuação, ou melhor, à possibilidade explícita de intervenção sobre a realidade ou de produção e utilização do conhecimento sobre essa realidade para instrumentalizar a intervenção.
- Na definição de vigilância sanitária está claro que o conjunto de ações deve **ser capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários**, podendo restringir direitos individuais para o bem da coletividade e defesa do interesse público. Essa capacidade de intervenção precisa ser potente, não é? E essa potência é decorrente do fato de a vigilância sanitária ter poder de **polícia administrativa**. Na vigilância sanitária, que detém poder de polícia administrativa no campo da saúde, esse poder incide sobre estabelecimentos (pessoas jurídicas) e não sobre as pessoas. Pode ser exercido de forma preventiva, por exemplo, mediante a emissão de normas e de atividades de inspeção/fiscalização sanitária. Nas atividades de inspeção é necessário, se for alto o risco à saúde, interditar total ou parcialmente o estabelecimento, inutilizar o produto e, até aplicar multas, as quais reverterem para os cofres públicos.
- Na definição de vigilância epidemiológica, são privilegiados o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes ou condicionantes da saúde individual e coletiva. Nesse sentido, Teixeira, Paim e Vilasboas (1998, p. 12) sustentam que a tradução operacional da vigilância epidemiológica “pretende ser uma ampla rede de unidades geradoras de dados que permitam a adoção de decisões e a execução de ações de investigação e controle”.

Polícia administrativa é uma atividade exclusiva da Administração Pública. Representa uma capacidade, mas também um dever que ela tem, de restringir ou condicionar as liberdades ou a propriedade individual, ajustando-as aos interesses da coletividade. Seu princípio básico é a supremacia do interesse público sobre o individual e sua atuação se expressa em regulamentar, fiscalizar e, quando cabível, punir.

A capacidade das vigilâncias é condicionada pelo conceito de risco com o qual cada uma trabalha; pela capacidade do serviço e seu grau de institucionalidade; pela sua articulação com as demais ações e instâncias do sistema de saúde, mas também fora dele. Nas atividades sob responsabilidade de outros setores governamentais, ou seja, naquelas em que o poder de polícia administrativa está colocado em outros órgãos, particularmente nas questões relacionadas ao meio ambiente e à saúde do trabalhador, é fundamental a articulação com outros parceiros de outros setores, ou com a vigilância sanitária (articulação intrassetorial).

Externalidade é um conceito que tem origem na teoria econômica e representa uma das falhas de mercado, que torna necessária a regulação. Ela, que pode ser positiva ou negativa, ocorre quando uma pessoa física ou jurídica sofre as consequências, sem ter participado da decisão que as causou.

Por fim, uma questão sobre a natureza diferenciada das vigilâncias em relação a outras atividades do campo da saúde, principalmente as voltadas para a assistência à saúde das pessoas. Sobre isso, De Seta (2007) afirma sobre a vigilância sanitária – e depois estende para a vigilância epidemiológica – que ela é um bem público dotado de alta **externalidade**.

Isso significa que:

- a) seu consumo por parte do cidadão não gera custos adicionais e que todos podem dela se beneficiar;
- b) não deve ser exercida por particulares;
- c) pela sua atuação ou omissão, existem efeitos – prejuízos ou benefícios – para outros que não os diretamente envolvidos.

Se todas as vigilâncias têm em comum o caráter de bem público, duas coisas diferenciam a sanitária das demais: seu poder de polícia administrativa no campo da saúde e o efeito econômico direto que sua regulação no campo da saúde acarreta.

Embora não atue todo o tempo só com base no poder de polícia, é ele quem assegura a efetiva capacidade de intervenção da vigilância sobre os problemas sanitários e possibilita uma atuação mais ampla sobre os interesses privados em benefício do interesse público. Para isso, seus modos de atuação compreendem atividades autorizativas (registro de produtos, licenciamento de estabelecimentos, autorização de funcionamento), normativas, de educação em saúde e de comunicação com a sociedade. Dos dois primeiros modos de atuação decorre seu caráter regulatório, de regulação social (e econômica) no campo da saúde (DE SETA, 2007).

Figura 1 – Notícia da proibição do uso do agrotóxico metamidofós pela Anvisa



Fonte: portal.anvisa.gov.br

Para refletir

Vocês já viveram ou presenciaram situações em que a vigilância sanitária exerceu esse seu poder de Estado, de polícia administrativa no campo da saúde? Ou situações em que ele deveria ter sido exercido e não foi (omissão)? Ou foi usado com exagero, indevidamente (abuso de poder)? Analise essas situações e registre suas reflexões.

Como você verá a seguir, poderíamos falar aqui no plural, o(s) conceito(s) de risco, na medida em que ele provém de diferentes campos do conhecimento, daí se dizer que ele é “polissêmico” e é disso que vamos tratar no próximo tópico.

O conceito de risco e sua operacionalização pelas vigilâncias

Risco, segundo Guilam e Castiel (2006, p. 16), “é uma palavra com diferentes sentidos que nem sempre convivem em harmonia [...]”. Palavra oriunda do espanhol *risco* – grande penhasco –, possivelmente se relacionava aos perigos ligados às grandes navegações; assim, indicava tanto a ideia de perigo quanto a de possibilidade de ocorrência de algum evento. Se, no passado, relacionava-se aos jogos de azar para indicar as chances de ganhar e perder, durante a Segunda Grande Guerra passou a indicar a estimativa de danos no lidar com materiais perigosos.

Na atualidade, o conceito de risco traduz tanto a probabilidade de ocorrência de um evento danoso quanto se constitui em um termo não técnico, que inclui diversas medidas de probabilidade de desfechos desfavoráveis (GUILAM; CASTIEL, 2006).

Para Guilam e Castiel (2006), a ideia de probabilidade pode ser lida de modo intuitivo (incerteza que não se pode medir) ou de modo racional (incerteza capaz de ser medida de forma probabilística). Assim, surgindo junto com a sociedade contemporânea, o conceito de risco, considerado um elemento central de cálculo racional na cultura moderna e base para a tomada de decisão, reflete o desejo de regular o futuro de forma “racional” (CZERESNIA, 2001).

A saúde coletiva vem empregando o enfoque de risco de forma crescente após a década de 1970: inicialmente na prática epidemiológica, visando estudar os fatores que condicionam a ocorrência e a evolução de doenças crônicas; atualmente, de forma mais ampla, relacionado a todo o tipo de problema, agudo ou crônico, no estudo dos chamados fatores de risco, de tal forma que seu uso indiscriminado tem sido chamado de “epidemia de riscos” (LIEBER; ROMANO, 1997).

Por que falar em risco?

1. Porque ele pode ser considerado um conceito fundamental das vigilância(s) em saúde. Fundamental, uma vez que é a possibilidade de que “algo” aconteça e de que este “algo” interfira “negativamente” no processo saúde-doença, gerando agravos ou danos à saúde, que devem ser minimizados. A operacionalização do risco é que faz das vigilância(s) em saúde um importante componente da saúde coletiva. Risco é um conceito que se refere à possibilidade/probabilidade de ocorrência de eventos que tenham consequências negativas à saúde de um indivíduo ou grupo populacional ou ao ambiente.

Exemplos de situações de risco à saúde: trabalhadores expostos a determinadas condições de trabalho; grupo de pacientes submetidos a procedimentos hospitalares específicos ou que usem um tipo de medicamento/alimento; população residente em um município com uma indústria poluidora.

2. Porque risco pode ser considerado um conceito unificador. É a ação/intervenção para melhorar a qualidade de vida da população que faz com que as diversas “vigilâncias” – do processo de produção-trabalho (vigilância em saúde do trabalhador), do processo de produção-consumo (vigilância sanitária) e da exposição a situações de risco (vigilância ambiental/epidemiológica) – situem-se no campo da promoção e da proteção da saúde. O objetivo de minimizar o risco, agindo sobre os condicionantes/determinantes de um agravo/dano é algo comum às vigilâncias do campo da saúde.
3. Porque risco é um conceito polêmico, com definições e interpretações que algumas vezes ocorrem de maneira conflitante. Um exemplo claro é a imensa polêmica em torno dos chamados organismos geneticamente modificados (OGM), em que as instituições se expressam de forma diferente, seja na avaliação da segurança dos transgênicos, seja na proposta de ação direcionada a eles. A posição de algumas organizações não governamentais tem sido fortemente contrária aos transgênicos, em oposição à de representantes da agroindústria.
4. Porque risco é um conceito polissêmico, oriundo de vários campos de saber, que permite diferentes abordagens e diferentes campos de prática, na dependência das disciplinas que o estudam. No dizer de Guilam e Castiel (2006), ele é um conceito “indisciplinado”, ou seja, não se subordina, não é regido predominantemente por uma disciplina. Estes autores postulam que:
 - Na **epidemiologia** o conceito de risco encontra aplicação na determinação dos fatores e situações de risco à saúde, sendo de especial importância na prática da vigilância epidemiológica e na epidemiologia clínica. São típicos indicadores de risco utilizados no campo da saúde pública: incidência ou risco absoluto; risco relativo e risco atribuível.



Para saber mais sobre os indicadores de risco, as chamadas medidas do risco, utilizados no campo da saúde pública, o capítulo “Risco e Saúde”, de Maria Cristina Guilam e Luis David Castiel no livro *Gestão e Vigilância: modos atuais do pensar e do fazer*, ou busque em livros-texto de Epidemiologia.

- Nas **engenharias**, a análise de risco auxilia na tomada de decisão especialmente sobre as tecnologias, sendo importante nas vigilâncias ambiental e sanitária e na vigilância da saúde do trabalhador. Sua aplicação nesta área do conhecimento está diretamente ligada à avaliação de risco ambiental, ocupacional e à avaliação de tecnologias em saúde.
- Nas **ciências econômicas**, a abordagem quantitativa do risco objetiva definir custos e possíveis perdas, tendo em vista a probabilidade de ocorrência do agravo/dano, especialmente utilizado nas seguradoras para o cálculo dos valores de seguros de veículos, de vida, de planos de saúde etc.
- Nas **ciências sociais**, numa abordagem qualitativa, esse conceito busca, mediante análise das representações sociais e da percepção de risco, estabelecer as influências culturais ligadas ao risco (GUILAM; CASTIEL, 2006). Possibilita identificar como as pessoas identificam o risco e como lidam com ele e dá ajuda valiosa nos processos de comunicação e de educação para a saúde.

Fórum

Assista ao vídeo *Enquanto o gato dorme*, que retrata uma situação ocorrida em uma oficina mecânica, disponível no CD do curso.

Refleta sobre as questões a seguir e, depois, participe da discussão no fórum.

- a) Quais os pontos comuns entre a situação retratada no vídeo e os temas discutidos nesse módulo?
- b) Identifique as diferentes posturas e percepções da situação apresentadas pelos personagens.
- c) Como você avalia a atitude do gerente da oficina e o gozo do direito à informação por parte do cliente? Por quê?

O vídeo *Enquanto o gato dorme* é um produto desenvolvido pelo Centro Colaborador em Vigilância Sanitária da Ensp em parceria com o Departamento de Comunicação e Saúde/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003; direção de Breno Kuppermann; roteiro de Joaquim Assis; duração: 17 minutos.

Enfoque de risco

Na abordagem quantitativa do risco, torna-se necessário diferenciar duas importantes palavras que o envolvem: a **possibilidade** e a **probabilidade** da ocorrência de algum agravo ou dano.

O risco, pensado como possibilidade de ocorrência de agravo ou dano, pode ser considerado inerente à própria vida. Viver é estar, de certa maneira, submetido a variados riscos. A probabilidade é uma medida, é a relação existente entre o número de agravos/danos que poderiam acontecer em uma dada situação e sua real ocorrência. É, portanto, a probabilidade que pode ser avaliada e gerenciada, já que ela admite gradação.

Fatores de risco é uma expressão que designa as características ou circunstâncias cuja presença se associa ao aumento da probabilidade de que o dano venha a ocorrer independentemente do fator de risco ser ou não uma das causas do dano (LIEBER; ROMANO, 1997), seja este dano relacionado à saúde de uma pessoa, de um grupo de pessoas ou ao ambiente.

Igualmente importante é definir e caracterizar os chamados **fatores de risco**.

Isso significa que os fatores de risco não são necessariamente as causas do dano: eles são de natureza probabilística – e não de natureza determinística –, estando mais ou menos intensamente associados ao evento danoso. Já a causa precisa estar presente enquanto o efeito existir; e não estar presente quando o efeito cessar (GUILAM; CASTIEL, 2006).

No que diz respeito às vigilâncias do campo da saúde, cabe ainda ressaltar uma questão sobre o enfoque de risco e como ele se relaciona ao processo regulatório das vigilâncias do campo da saúde.

Existe uma variedade de termos para designar fatores de risco e tipos de risco, sendo possível encontrar: situação de risco, condições de risco, fontes de risco, risco ocupacional, risco ambiental, risco sanitário, risco epidemiológico (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006; BRASIL, 2005a, c; LUCCHESI, 2001). Outro aspecto é a relação entre o enfoque de risco e o processo regulatório das vigilâncias do campo da saúde, chamado de “regulação dos riscos”, que todas as vigilâncias fazem. Essa regulação se consubstancia na elaboração de normas técnicas e recomendações de medidas preventivas e difere da regulação econômica, que só a vigilância sanitária faz.

Em outras palavras, o risco mais ou menos elevado se relaciona com a existência ou a ausência de um conjunto de medidas preventivas para reduzi-lo. Isso é a chamada “regulação do risco”, que as vigilância(s) em saúde fazem. E não fazem sozinhas já que outras áreas do Estado também regulam/regulamentam fatores de risco. Como exemplo, na esfera federal: Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa), Ministério do Meio Ambiente (MMA), por meio do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama); Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (Midic), por meio do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro); Ministério do Trabalho e

Emprego (MTE); e Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), por meio da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) (LUCCHESI, 2001).

A avaliação do risco na dimensão estritamente técnica – identificar e quantificar o risco – não é suficiente. O resultado dessa avaliação, que nem sempre é possível de ser feita, deve ser integrado a aspectos sociais, econômicos e políticos na hora da decisão e da ação. A comunicação do risco é fundamental, mas também não se deve esquecer quem cria o risco e quem dele se beneficia (LIEBER; ROMANO, 1997).

O cálculo matemático puro e o uso apenas dos efeitos biológicos, físicos ou químicos não levam em conta a complexidade dos problemas que afetam a saúde (FREITAS, 2008, p.116). E considerar a noção de complexidade faz com que não se possa reduzir a análise dos riscos aos componentes isolados do problema, que precisa ser compreendido em todas as suas dimensões, para não aumentar as incertezas, dificultando as estratégias de prevenção e controle dos riscos. É necessário compreender os problemas de saúde em seus múltiplos aspectos, em suas variadas naturezas e em suas relações sociais, culturais e econômicas, pois as interações entre elas resultarão em diferentes níveis de riscos e danos, seja à população, a grupos específicos (trabalhadores, consumidores) ou ao ambiente.

Funtowicz e Ravetz (1993) referem três níveis de incertezas: técnicas, que se relacionam aos dados existentes e às possibilidades de análises; metodológicas, relacionadas à baixa confiabilidade dos dados; e epistemológicas, oriundas dos limites do conhecimento científico.

Em síntese, a regulação do risco pode ser vista em dois sentidos:

- no mais restrito, como sinônimo de regulamentação, ato de elaborar regulamentos, normas;
- ou, no mais amplo, segundo Lucchese (2001), englobando os estudos de análise de risco, as regulamentações por eles geradas e as políticas de gerenciamento de risco empreendidas pelo Estado.

A norma técnica das vigilância(s) em saúde é também uma construção social que expressa as “medidas preventivas”, considerando-se o risco e as características intrínsecas das tecnologias (condições de trabalho, processo de produção, tipo de alimento/medicamento, equipamento etc.). Essa norma relaciona-se à magnitude do agravo ou do dano e ao desenvolvimento científico-tecnológico existente no momento de sua elaboração, sendo, portanto, mutável.

A **definição de caso** representa um conjunto de critérios de confirmação da doença, incluindo aspectos clínicos, resultados laboratoriais e critérios epidemiológicos.

Por falar em caráter mutável da norma técnica, um exemplo da vigilância epidemiológica, para a qual é muito importante a **definição de caso**. Se essa definição é sensível e precisa, ela favorece a qualidade do sistema de informação e permite a comparação dos dados entre regiões e numa mesma região ao longo do tempo. Assim, ela está sempre vinculada aos objetivos do sistema de vigilância e aos conhecimentos que se têm sobre a doença. A definição de caso, por tudo isso, é mutável. Vamos ver o exemplo da gripe suína?

Para praticar

Consulte os seguintes documentos do Ministério da Saúde, disponíveis no CD do curso:

- Informe do dia 27/04/09, às 13h30min, “Emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII): Ocorrências de casos humanos na América do Norte”.
- “Protocolo de procedimentos para o manejo de casos e contatos de Influenza A (H1N1)”, versão IV, atualizado em 05/06/2009.

Você observou como mudou a definição de caso de gripe pelo vírus A H1N1 (“gripe suína”)? Quais as implicações dessa mudança para a vigilância epidemiológica e a sanitária?

Nas vigilâncias do campo da saúde, o enfoque de risco apresenta uma característica bem marcante: o risco à saúde não “respeita” território geográfico, divisas ou fronteiras. Como exemplos:

- O lixo tóxico de uma indústria situada em Minas Gerais contaminou o Rio Paraíba do Sul e teve efeito nos municípios que se situavam às suas margens, inclusive naqueles sob jurisdição do Rio de Janeiro.

Figura 2 – Tragédias sanitárias: o caso Celobar

CASO:	CAUSAS:	COMO EVITAR:
Intoxicação e morte, em vários estados, de pacientes que tomaram Celobar do laboratório Enila, Rio de Janeiro (RJ) ANO: 2003 CELOBAR - CONTRASTE RADIOLÓGICO: substância ingerida antes de exames de Raio-X. Permite visualizar de órgãos internos do corpo humano. SINTOMAS DE ENVENENAMENTO: suor frio, vômito, fortes dores no abdômen, fraqueza, paralisia facial, dormência nas mãos e nos pés, morte. PESSOAS CONTAMINADAS: 135 MORTES: PELO MENOS 21	LAUDO DO INCQS/FIOCRUZ: Em 100g do produto havia 14% de carbonato de bário – produto não farmacêutico, veneno de rato. O suportável seria 0,001%. Descartou-se qualquer hipótese de acidente. Presidente do Enila em depoimento à polícia: “Nosso químico deve ter esquecido de lavar os equipamentos depois de usar o carbonato de bário”. GANÂNCIA, DESCASO, IRRESPONSABILIDADE	PUNIR OS CULPADOS: o laboratório foi fechado e os responsáveis foram processados criminalmente. Fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), aumentando sua capacidade e velocidade de ação.

Fonte: <http://www.ccs.saude.gov.br/visa/tragedias.html>

- O contraste radiológico CelobarR, produzido no estado do Rio de Janeiro, foi responsável por várias mortes no estado de Goiás, uma vez que foi este estado o que mais comprou e utilizou os lotes falsificados.

Há, portanto, uma interdependência social entre os estados e entre municípios na mesma unidade federativa. Ou seja, o “controle” que as vigilâncias dessas unidades fazem ou deixam de fazer pode ter repercussões nas demais localidades. E, como se viu anteriormente, essa possibilidade de repercussão para terceiros não diretamente envolvidos no processo é a externalidade.

Além disso, conhecer as condições e os problemas de saúde da população exige observar a desigual distribuição do risco e do adoecer, contextualizando-os por meio de indicadores demográficos, socioeconômicos, ambientais ou de outra ordem.

A relação com a promoção da saúde: saúde como direito e intersectorialidade

É fácil notar as diferenças entre os componentes das vigilância(s) em saúde e, também no campo da saúde, da prestação de serviços assistenciais. Também fácil é compreender que as ações que todos os componentes das vigilância(s) em saúde realizam com o intuito de minimizar os riscos as caracterizam como proteção da saúde e prevenção. Estarão protegendo a saúde da população de agravos e danos quando sua ação estiver sendo realizada antes que eles ocorram, embora não se possa dizer que estas ações acabarão com os riscos, uma vez que, como já foi visto, há sempre a possibilidade de sua ocorrência, há sempre uma incerteza... Mas pensar as vigilâncias na relação com a promoção da saúde merece um pouco mais de reflexão...

Para refletir

Com base em seus conhecimentos teóricos e práticos acerca das vigilâncias do campo da saúde e da promoção da saúde, você identifica alguns pontos de convergência entre elas? Quais, por exemplo?

A promoção da saúde implica uma redefinição da saúde e seus objetos. A saúde passa a ser compreendida como resultado de vários fatores relacionados à qualidade de vida, ultrapassando o enfoque na “doença” e incluindo questões como habitação, alimentação, educação e trabalho. Suas atividades, segundo Buss (2000, p. 67),

[...] estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde [...] e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades [...].

Modelos de atenção podem ser pensados em três dimensões: gerencial – condutora do processo de reorganização das ações e serviços; organizativa – que estabelece as relações no processo de cuidado; e técnico-assistencial, que define as relações entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho (TEIXEIRA, 2002).

A promoção da saúde persegue, embora nem sempre encontre, a mudança no modelo assistencial ou **modelo de atenção**, composto por combinações de saberes e técnicas direcionadas à resolução dos problemas e ao atendimento das necessidades de saúde.

A promoção da saúde, na superação do modelo assistencial, passa a ter como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, e a qualidade de vida pode ser entendida como condições de vida. A promoção da saúde prevê uma combinação de estratégias: ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais. Trabalha com a ideia de responsabilidade múltipla pelos problemas e pelas soluções (Buss, 2000).

A promoção, mais do que uma política, representa uma estratégia de articulação transversal que estabelece “mecanismos para reduzir as situações de vulnerabilidade, incorporar a participação e o controle social na gestão das políticas públicas e defender a equidade” (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

Na promoção da saúde, a saúde é vista como um direito humano fundamental, de responsabilidade múltipla, inclusive do Estado, com a população exercendo seu direito de participação e decisão. Retornemos às vigilâncias para ressaltar cinco pontos que as aproximam da promoção da saúde:

1. As vigilância(s) em saúde, como integrantes do campo da promoção da saúde, extrapolam (ultrapassam) a visão do risco quando propõem a transformação dos processos de consumo, de trabalho e de produção e a inserção do cidadão e do trabalhador nesses processos, de forma a potencializar suas vidas.

2. A contradição capital-trabalho-saúde tensiona a área e exige a ação do Estado para diminuir as desigualdades. A vigilância sanitária, em seu caráter regulatório, precisa ser o fiel de uma balança entre os interesses do setor produtivo e os interesses do cidadão, muitas vezes conflitantes. Como vimos, há o chamado poder de polícia, poder da Administração Pública, em que o Estado, com base no interesse público, pode intervir. A concessão de registro, autorização e licença de funcionamento são permissões do Estado, que podem e devem ser revistas sempre que necessário, sempre que a desigualdade produção-consumo puder ser prejudicial à sociedade. Quando isto ocorre, a vigilância sanitária pode (e deve) agir de forma a minimizar os riscos à saúde. Imaginemos algumas situações.

- Um hospital apresenta alta taxa de infecção hospitalar no berçário; um determinado medicamento causa mortes desnecessárias; uma fábrica que esteja poluindo um manancial ou um rio com seus resíduos ou fazendo adoecer seus trabalhadores. Depois de um processo de investigação, ou como medida de cautela, em casos graves, para limitar o número de mortes ou de incapacidades (se há risco muito alto), a ação da vigilância sanitária pode ser a interdição temporária do berçário, pode chegar à retirada (cassação) da licença sanitária, ou ao cancelamento do registro do medicamento em questão, ou à intervenção de diversos níveis na fábrica. É claro que essas medidas dadas como exemplos de ação não são as primeiras a serem tomadas.
- A vigilância em saúde do trabalhador, ao lidar com a questão do processo de trabalho, e a vigilância ambiental, com o processo de produção/industrialização e o ambiente, são igualmente arenas de conflito entre interesses privado e coletivo que exigem a intervenção do Estado (LUCCHESI, 2001; ALVES, 2003; BRASIL, 2005b,c). E elas muitas vezes se articulam com a vigilância sanitária para intervir em estabelecimentos ou processos de trabalho.

Esses exemplos demonstram que uma vigilância pode e deve recorrer à outra. Muitas vezes, a vigilância sanitária recorre à epidemiológica, à ambiental ou à vigilância em saúde do trabalhador, ou elas recorrem à sanitária. Sabemos que há em todas elas um saber específico.

3. As vigilâncias do campo da saúde têm procurado se articular, com maior ou menor grau de sucesso, para aumentar sua capacidade de análise e intervenção nos problemas concretos, ou para melhorar a qualidade da intervenção.

O conceito de empoderamento apresenta-se como recurso importante para sustentabilidade das ações de educação para a saúde, orientadas, tanto individualmente quanto de forma coletiva, nos grupos sociais e organizações, por meio de processos educativos participativos (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

Mas, não é só com as outras vigilâncias – ou mesmo com as unidades prestadoras de cuidado assistencial – que elas se articulam. Sua ação será mais efetiva se for capaz, também, de aumentar a potência de intervenção dos atores envolvidos nos problemas sanitários (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001). Assim, na busca da transformação social, as vigilância(s) em saúde reforçam a capacidade dos diferentes grupos sociais envolvidos nos problemas sanitários: consumidores, cidadãos, trabalhadores, trabalhadores da área da saúde. Isto nada mais é do que o empowerment (empoderamento ou fortalecimento do poder).

Foi dito por Lucchese (2001) que a vigilância sanitária exige a mediação de setores da sociedade e produz atitudes éticas na relação entre produção, trabalho e consumo. Além disso, precisa de cidadãos conscientes e pode ser considerada um espaço de exercício da cidadania e controle social. Isso pode ser aplicado também, pelo menos, a mais duas vigilâncias do campo da saúde, notadamente àquelas que têm conflitos potenciais: a dos processos de produção-trabalho (vigilância em saúde do trabalhador); a dos processos de produção-consumo (vigilância sanitária); e a da exposição a situações de risco (em especial a vigilância ambiental).

4. Entendidas como campos de prática, onde se produzem ações/intervenções, mas também conhecimentos, as vigilância(s) em saúde são de caráter interdisciplinar.

No exercício de sua ação e na produção de seu conhecimento, utilizam-se várias disciplinas. Algumas delas, assim como na saúde como um todo, são comuns a todas as vigilâncias: o planejamento/gestão/administração, sociologia, política, antropologia e a epidemiologia/método epidemiológico, a ética e o direito. Além destas, pode-se elencar algumas especificidades de cada componente das vigilância(s) em saúde. A vigilância sanitária, com seu amplo espectro de ação, é campo de convergência de várias disciplinas, dentre elas: biossegurança, engenharias, arquitetura, física, química, farmacologia, toxicologia, radiologia, odontologia e direito administrativo, sendo esta última um de seus pilares. A vigilância em saúde do trabalhador, além de igualmente utilizar-se de algumas destas disciplinas, tem na ergonomia uma de suas disciplinas centrais. A vigilância ambiental e a epidemiológica também se utilizam bastante de disciplinas como a ecologia, a biologia e a geografia (COSTA; ROZENFELD, 2000; BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006).

A Carta de Ottawa (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1992), um dos marcos da promoção da saúde, elenca um conjunto de valores (qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, desen-

volvimento, participação) e de estratégias (políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação do sistema de saúde, parcerias intersetoriais) da promoção da saúde. A Carta já apontava não apenas para a multicausalidade na saúde, mas também para o fato de que, ao pensar a saúde como qualidade de vida, sua promoção transcende o setor saúde: a interinstitucionalidade ou intersetorialidade é, assim, uma de suas principais estratégias.

5. As vigilância(s) em saúde, na requalificação de seus processos de intervenção, têm como princípio operativo a intersetorialidade. Esta é definida, na Declaração de Santa Fé, como:

o processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1992 *apud* BUSS, 2000, p. 174).

Para refletir

Falamos em intesetorialidade... Pensar a intersetorialidade nos faz perguntar: mas, afinal, que setores são estes? Apenas instituições públicas responsáveis pela formulação e implementação de políticas? De quais setores estamos mesmo falando?

A princípio poderia parecer apenas um novo “arranjo”, uma nova “organização” daquilo que já ocorria no campo da saúde. Os setores não são apenas aqueles diretamente ligados ao poder público ou à administração direta de órgãos estatais. Para além deles, a saúde e as vigilância(s) em saúde necessitam estar se “entrelaçando” com setores da sociedade civil, num verdadeiro “abraço de cidadania”. Afinal, a saúde é um assunto não apenas do Estado, mas de toda a sociedade. Um exercício de pensamento nos leva, por exemplo, à:

- vigilância em saúde do trabalhador: como efetuar ações desconectadas dos sindicatos de trabalhadores ou de outros setores da sociedade, como o Ministério do Trabalho?
- vigilância ambiental: não são significativas as contribuições oriundas das organizações não governamentais que têm como tema o meio ambiente e sua articulação com outros setores como o Ministério do Meio Ambiente?

- vigilância epidemiológica: tal como ela se constituiu no Brasil, junto com o controle de doenças, como pensar na vigilância epidemiológica e no avanço na Política Nacional de HIV/Aids sem a participação das organizações não governamentais que com ela lidam, dos grupos de portadores de HIV/Aids (por exemplo, Pela Vida, Gappa) e de setores como o Ministério do Trabalho ou da Previdência?
- vigilância sanitária: como pensar a efetividade de sua ação sem a participação das organizações não-governamentais dos consumidores – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), Associação das Donas de Casa, de Portadores de Patologias etc. – e sem outros órgãos específicos que têm atribuições sobre os mesmos objetos da vigilância sanitária, tais como os Ministérios do Meio Ambiente, do Trabalho e Emprego, do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, da Agricultura Pecuária e Abastecimento?



Acesse o site do Conselho Nacional de Saúde (<http://conselho.saude.gov.br/>) para obter informações sobre o funcionamento e a agenda da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist); da Comissão Permanente para Acompanhamento de Doenças Sexualmente transmissíveis (DST) e Aids (CAPDA); da Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia; e da Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente (Cisama).

As questões da intersetorialidade e do controle social nas vigilância(s) em saúde são de tal importância que a Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990), em seus arts. 12 e 13, cria comissões intersetoriais de âmbito nacional em alguns dos componentes das vigilância(s) em saúde. Como exemplos:

Art. 12 – Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos complementares e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 13 – A articulação das políticas e programas a cargo das comissões intersetoriais abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I – alimentação e nutrição;

II – saneamento e meio ambiente;

III – vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV – recursos humanos;

V – ciência e tecnologia; e

VI – saúde do trabalhador (BRASIL, 1990).

Tendo em vista o que foi discutido até aqui sobre as relações entre vigilância(s) em saúde e promoção da saúde e o conjunto de valores e estratégias da promoção em saúde elencados na Carta de Ottawa, parece pertinente afirmar que as vigilâncias se aproximam deste campo. Você concorda? Abordaremos a seguir o processo de trabalho das vigilâncias.

O processo de trabalho das vigilâncias do campo da saúde

Agora que já se incluíram as vigilância(s) em saúde no campo da promoção da saúde e que foram abordados seus principais conceitos, pode-se perguntar: **como atuam os componentes das vigilância(s) em saúde?** Ou, dito de outra maneira, **qual o seu processo de trabalho?**

Não se pretende aqui fazer uma análise exaustiva do processo de trabalho em cada uma das vigilâncias, mas apenas apontar o que há de comum e específico nelas do ponto de vista da gestão do sistema local de saúde. Ressalte-se que o processo de trabalho em saúde tem sido bastante estudado no que concerne à assistência, mas, no componente das vigilância(s) em saúde, ele não está suficientemente analisado na literatura.

Primeiro, há que se falar sobre o que é um processo de trabalho. Qualquer processo de trabalho pode ser definido como um conjunto de ações sequenciadas, que envolvem atividades da força de trabalho e a utilização dos meios de trabalho, visando o alcance de objetivos e metas.

Os elementos componentes do processo de trabalho são:

- a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho;
- a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho;
- os meios de trabalho, o instrumental de trabalho.

Vejamos brevemente cada um dos elementos que compõem o processo de trabalho.

As atividades e as finalidades do processo de trabalho

Qualquer processo de trabalho, inclusive o da saúde, deve ter uma finalidade. A finalidade “mais ampla” do processo de trabalho nas vigilâncias já foi vista: promover e proteger a saúde, atuando sobre os determinantes e riscos.

Entretanto, ao se pensar no Sistema Único de Saúde, em todas as esferas de gestão (municípios, estados e União) e nas diferentes formas de organização social das ações de saúde que buscam responder às necessidades e conhecer os problemas de saúde de cada local, é possível citar algumas finalidades específicas.

No âmbito local, o que há de comum entre as vigilância(s) em saúde é a finalidade específica de reconhecer os problemas de saúde locais e atender às necessidades de saúde em seu território, sejam elas “sentidas” ou não pela comunidade e identificadas ou não pelos profissionais de saúde.

Aqui é preciso ressaltar que, quando tomamos o conceito de território, não se trata apenas de uma divisão no sentido físico nem se limita igualmente às fronteiras nacionais ou aos limites estaduais ou municipais. Embora qualquer território tenha seus objetos fixos (casas, centro de saúde, escolas etc.), existem sempre os fluxos (de pessoas, de informações, de produtos, de dinheiro e também de doenças etc.) que, muitas vezes, ultrapassam a divisão territorial administrativa (país, estado, município, região administrativa, setor censitário). Além disso, os territórios são sempre dinâmicos: neles se estabelecem relações entre as pessoas no cotidiano de suas vidas; são espaços de poder (administrativo, político, cultural etc.) e, na sua dinamicidade, mudam com maior ou menor rapidez (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

O conceito geográfico de território-processo não é incompatível com o de jurisdição, que é passível de conter vários territórios-processos. A base territorial da ação da vigilância sanitária é principalmente a divisão jurídico-administrativa, ou seja, a jurisdição. Essa divisão é necessária pelo componente fiscal de sua ação, que fica circunscrita a um ente federativo responsável, garantindo sua validade jurídica (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

Segundo Barcellos e Rojas (2004),

“o território é sempre um campo de atuação, de expressão do poder público, privado, governamental ou não governamental e, sobretudo, populacional. Cada território tem uma determinada área, uma população e uma instância de poder [...]”

Este fato é de suma importância para as vigilância(s) em saúde. Um município que trabalhe para conter a ocorrência de dengue pode ter sua população afetada se o município vizinho não fizer o mesmo: o *Aedes Aegypti* não respeita a divisa municipal. Da mesma forma, Rio de Janeiro e São Paulo são estados que concentram o maior parque produtivo de produtos farmacêuticos, e os medicamentos ali produzi-

dos são transportados e consumidos em todo o país e, algumas vezes, mesmo no exterior. No que se refere ao meio ambiente, basta recordar o recente desastre ambiental do Rio Pomba em 2003, quando o vazamento de produto químico da fábrica de papel Cataguases, em Minas Gerais, contaminou os rios Muriaé e Paraíba do Sul, atingindo a população ribeirinha de municípios do Rio de Janeiro, e provocando desabastecimento.

Tendo o conceito de “território” em mente, pode-se entender que a resposta às necessidades de saúde e a identificação dos problemas de saúde são igualmente finalidades das esferas de governo no âmbito da saúde, para que possam organizar suas ações. E pode-se pensar que esse território vai sendo socialmente construído de forma cada vez mais complexa, de acordo com a esfera de governo que deve “atuar”.

Relacionada à operacionalização do conceito de território para intervenção no campo da saúde, há a perspectiva da regionalização. As regiões são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo que contemple uma rede de serviços de saúde compatível com certo grau de resolubilidade para aquele território. Esse recorte territorial não é limitado ao município, podendo ser parte dele ou um conjunto deles. A ideia de regionalização também é passível de ser incorporada pela vigilância sanitária, que tem nos municípios diferentes limites e possibilidades de atuação, desde que a questão da jurisdição seja assegurada.

Os objetos e os sujeitos do trabalho

As necessidades sociais de saúde e os problemas identificados informam e delimitam os objetos do processo de trabalho. Eles devem ser conhecidos e sobre eles é que se dá a ação das vigilâncias. Mas como são identificados?

Sua identificação também é complexa, como são complexos os problemas de saúde. É necessária, para seu conhecimento e análise, a utilização de:

- **enfoque clínico**, que identifica os problemas em sua dimensão biológica e individual;
- **enfoque epidemiológico**, que identifica os problemas em grupos populacionais;
- **enfoque social**, que identifica os problemas na população tendo em vista os processos de desenvolvimento econômico, social e político que constituem os determinantes sociais dos problemas e necessidades de saúde.

Considerando esses enfoques, identificam-se os objetos do processo de trabalho em saúde, que são, portanto, os danos, agravos, riscos e determinantes das condições de vida da população. Por tudo que já foi visto, pode-se concluir que não há apenas um objeto, mas vários objetos do processo de trabalho nas vigilância(s) em saúde. Assim como são vários os objetos, são múltiplas as intervenções.

Cada um dos enfoques privilegia um modo de intervenção: desde o diagnóstico e tratamento individuais (enfoque clínico); controle sanitário de bens e serviços de saúde, controle de vetores, ações de prevenção, educação sanitária (enfoque epidemiológico); até a intervenção sobre os determinantes sociais que, como já citado, é sempre de caráter intersectorial e multidisciplinar (enfoque social). Ora, se os problemas e intervenções na área de promoção da saúde não se limitam ao setor saúde, o trabalho nas vigilância(s) em saúde também não é realizado apenas pelos profissionais de saúde.

O sujeito do processo de trabalho nas vigilâncias do campo da saúde é, portanto, **coletivo**. Além dos profissionais de saúde, são sujeitos da prática os profissionais de outros setores e a população ou grupos populacionais organizados. Uma especificidade do sujeito da vigilância sanitária em relação ao das outras vigilâncias, de importância para o gestor local, é que ele precisa ser um agente público investido na função. Se ele não o for, seus atos administrativos podem ser anulados administrativa ou judicialmente. Isto decorre do fato de seu trabalho estar submetido aos preceitos da Administração Pública, direcionado por normas jurídicas.

Os meios de trabalho

Os sujeitos das vigilâncias utilizam vários meios de trabalho para identificar seu objeto e realizar suas ações. Salientando que o sujeito é coletivo e sua intervenção extrapola o setor saúde, é compreensível que devam lançar mão não apenas de saberes e tecnologias pertencentes ao seu campo de atuação, mas também de outros saberes e tecnologias, como a comunicação e o planejamento. Os sujeitos das vigilâncias alimentam-se de várias disciplinas, métodos e instrumentos para realizar suas intervenções, que não se restringem às ações meramente técnicas, mas abarcam também as ações dirigidas ao fortalecimento da sociedade e da cidadania para alcançar sua finalidade de promoção da saúde e prevenção de danos ou agravos.

Os objetos, sujeitos e meios de trabalho estabelecem uma rede complexa de relações de trabalho e definem a organização do processo de trabalho nas vigilância(s) em saúde, que contempla duas dimensões: a político-gerencial e a técnico-sanitária. A dimensão político-gerencial é a que reconhece os problemas de saúde e cria condições para a intervenção, planeja e programa as ações e fortalece a sociedade. A dimensão técnico-sanitária é a que atua no controle dos determinantes, riscos, danos e agravos à saúde.

O processo investigativo

Uma atividade comum a todas as vigilância(s) em saúde é a atividade de investigação, com a qual se busca caracterizar a situação ou o caso e, se possível, estabelecer nexos causais. O processo investigativo é usualmente desencadeado por uma notificação ou denúncia, mas também pela eclosão de um problema e por ações de monitoramento e avaliação. Sendo desencadeado por modos tão variados, não dá para esperar que se baseie em um único método, certo?

As vigilâncias fazem, com frequência, investigação de surtos e análise de erros de processo, nas suas várias vertentes. Waldman (1998b, p. 11:17), ao discutir os usos da vigilância e da monitorização (ou monitoramento) como instrumentos de saúde pública, aponta diferenças entre eles:

- a vigilância analisa o comportamento de “eventos adversos à saúde” na comunidade e é uma das aplicações da epidemiologia nos serviços de saúde;
- a monitorização acompanha indicadores e tem aplicação em diferentes áreas de atividade, inclusive fora do setor saúde. O autor ressalta uma semelhança entre eles: é que ambos exigem três componentes: a informação, a análise e a ampla disseminação da informação analisada a todos que dela necessitam.

A avaliação realizada pelas vigilâncias pode utilizar várias abordagens e métodos, a depender de cada uma das vigilâncias, mas também do que se quer avaliar (avaliação da qualidade dos serviços, avaliação epidemiológica dos serviços, avaliação de tecnologias em saúde etc.). Mas geralmente tem, também, um componente laboratorial. O laboratório pode ter também o papel de “instância de perícia”, a exemplo do que ele tem para a vigilância sanitária na chamada “análise fiscal”. Essa análise é aquela que o laboratório público (oficial) realiza em objetos e materiais sujeitos à vigilância (por exemplo, em medicamentos e insumos

farmacêuticos) e que é destinada a comprovar a sua conformidade com a fórmula que deu origem ao registro e/ou a sua condição para uso seguro em seres humanos.

Os componentes das vigilância(s) em saúde possuem algumas semelhanças e algumas especificidades no que diz respeito ao seu processo de trabalho. É bem claro, e já foi explicitado, que o planejamento, a gestão e a comunicação são fundamentais para todos eles. Igualmente importantes para todos os componentes das vigilância(s) em saúde são a produção e a utilização de informações, sem as quais a efetividade de suas ações pode ficar aquém do desejável.

Por exemplo, se a vigilância sanitária em um grande município pretende inspecionar 100% das maternidades em um ano, como ela se deve planejar? Deve começar pelos serviços que atendem situações de maior risco ou de menor risco? A resposta mais imediata pode ser inspecionar as maternidades de alto risco. Mas, e se houver a informação de que essas maternidades tiveram infecção hospitalar em nível aceitável, poucos nascimentos de baixo peso, baixas taxas de cesariana e poucas reinternações?



Fique ligado(a)!

Não são apenas os sistemas de informação do setor saúde que são importantes para as vigilâncias. Há também os que fornecem dados e informações demográficas, socioeconômicas, de produção industrial, sobre o meio ambiente, sobre acidentes de trânsito, e outros.

Essas e muitas outras informações podem ser úteis para planejar, de forma mais eficiente, ações prioritárias de vigilância. Com esse exemplo, você pode vislumbrar a contribuição da vigilância sanitária para a redução de possíveis eventos adversos e para a melhoria da qualidade da atenção ao parto.

Em síntese, nesse módulo optamos por tratar as vigilância(s) em saúde no nível das práticas. Após visitarmos os diversos significados do termo colocado no singular, passamos às suas definições legais, apontamos seus conteúdos comuns e suas especificidades, bem como o desenvolvimento desigual das vigilâncias. Abordamos conceitos considerados fundamentais para todas elas: risco e território/jurisdição, destacando que eles são operacionalizados de forma diversa por cada uma delas. No contexto da relação com a promoção da saúde, é que foi abordada a intersetorialidade, em resposta à pergunta: ‘quais setores?’ Caracterizamos em linhas gerais o processo de trabalho: atividades realizadas; sujeitos e objetos do trabalho, meios de trabalho. Vimos que todas realizam investigação, todas requerem e geram informação, embora com escopo e objeto diversos.

Atividade do Módulo 8

Por que nesse texto se usa o termo “vigilâncias do campo da saúde” ou “vigilância(s) em saúde”, assim, no plural? Não poderia ser utilizado apenas no singular?

Uma metrópole e um pequeno município podem ter o mesmo modelo organizacional e funcional para as vigilâncias do campo da saúde? Justifique.

As definições legais das vigilâncias do campo da saúde são encontradas em dispositivos normativos de naturezas diversas e seus processos de trabalho também têm especificidades. Liste as singularidades de cada uma das vigilâncias do campo da saúde em relação às suas definições e aos seus processos de trabalho.

Identifique alguns pontos de convergência entre as vigilâncias do campo da saúde e a promoção da saúde, no que concerne aos seus princípios e estratégias.

Envie suas respostas ao tutor.

Referências

ABRUCIO, F. L. *Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: Hucitec; USP, 1998. 253 p.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução n. 328, de 22 de julho de 1999. Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=1249>>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Resolução RDC n. 157, de 31 de maio de 2002. Estabelece requisitos para o registro de medicamentos similares. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=7251>>. Acesso em: 21 mar. 2009.

ALBUQUERQUE, M. I. N. de; CARVALHO, E. M. F. de; LIMA, L. P. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 2, n. 1, p. 7-14, jan./abr. 2002.

ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 1, p.319-22, fev. 2003.

BARCELLOS, C. et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 11, n. 3, p. 129-138, set. 2002.

_____.; ROJAS, L. O. Lugares, territórios, população. In: *O Território e a vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2004. 80 p. (Série Material didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, 6).

_____.; QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 1, p. 170-177, fev. 2006.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 26/2000 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2000. 370 p.

_____. Decreto nº 6.860, de 27 de maio de 2009. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 maio 2009b. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=258861>>. Acesso em: 04 nov. 2009.

_____. 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 31 mar. 2009.

_____. *O que é vigilância epidemiológica*. Brasília, 2005a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=974>. Acesso em: 12 jun. 2005.

_____. Portaria MS/GM nº 1.956, de 14 de agosto de 2007. Dispõe sobre a coordenação das ações relativas à saúde do trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 30, 15 ago. 2007b. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.ago.07/iels153/U_PT-MS-GM-1956_140807.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria MS/GM nº 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, p. 28, 14 jul. 1998a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução normativa SVS/MS n. 1, de 7 de março de 2005. Regulamenta a Portaria n. 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, Estados, 70 Municípios e Distrito Federal na área de Vigilância em Saúde Ambiental. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 55, p. 35, 22 mar. 2005b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/inst_normativa_01_2005.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2009.

_____. *Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde*. Brasília: Funasa, 2001.

_____. *Subsídios para construção da política nacional de saúde ambiental*. Brasília, 2005c. 49 p. Mimeografado.

_____. Portaria MS/GM nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 65, 23 dez. 2009a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252_22_12_2009.html>. Acesso em: 21 jan. 2010.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-77, 2000.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface*, v. 5, p. 133-142, 2001.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 15-40.

CZERESNIA, D. Risco epidemiológico e vigilância sanitária. In: SEMINÁRIO TEMÁTICO DA ANVISA, 10, Brasília, 2001. *As várias faces do conceito de risco em vigilância sanitária*. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/Institucional/snvs/coprh/seminario/risco_epide.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2009.

DE SETA, M. H. *A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. 176 p.

FREITAS, C. M. A produção científica sobre o ambiente na saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 679-701, maio/jun. 2005.

_____. Riscos e processos decisórios: implicações para a vigilância sanitária. In: COSTA, E. A. (Org.). *Vigilância sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EDUFBA, 2008.

FREITAS, M. B.; FREITAS, C. M. de. A vigilância da qualidade da água para consumo humano – desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 993-1004, dez. 2005.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Centro Nacional de Epidemiologia. *Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde*. Brasília, 2003. 32 p. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/03_0649_M.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2009.

FUNTOWICZ, S. O.; RAVETZ, J. R. Science for the Post-Normal Age. *Futures*, v. 25, p. 739-755, 1993.

GUILAM, M. C.; CASTIEL, L. D. Risco e saúde. In: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; O'DWYER, G. de. (Org.). *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 15-32.

LEVY, B. S. Towards a holistic approach to public health surveillance. *American Journal of Public Health*, v. 86, n. 5, p. 624- 625, 1996.

LIEBER, R. R.; ROMANO, N. S. *Saúde, ambiente, produção e o enfoque de risco*. Trabalho apresentado no Encontro da Associação Brasileira de Estudos do Trabalho, 5, 1997, Rio de Janeiro. Mimeografado.

LUCCHESI, G. *Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil*. 2001. 245 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MENDES, E. A construção social da vigilância à saúde no distrito sanitário. In: MENDES, E. V. (Org.). *A vigilância à saúde no distrito sanitário*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1993. p. 7-19. (Série Desenvolvimento de serviços de saúde, 10).

NATAL, S.; ELIAS, M. V. Projeto de análise de informação para tuberculose. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, v. 8, n. 1, p. 15-22, jun. 2000.

O'DWYER, G.; TAVARES, M. DE F. L.; DE SETA, M. H. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. *Interface*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 467-484, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Carta de Ottawa, 1986. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília, 1992.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia: revista brasileira de geografia médica e da saúde*, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-59, 2006.

SANTOS, E. G. O. B.; PEREIRA, M. da P. L.; SILVA, V. L. Gestão da qualidade nos Laboratórios Centrais de Saúde Pública e o modelo de controle de qualidade analítica da malária. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 17, n. 2, p. 117-122, jun. 2008.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 153-162, 2002. Suplemento.

_____; PINTO, L. L. A formação de pessoal em vigilância à saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 2, n. 6, p. 5-21, 1993.

_____; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L.. SUS. Modelos assistenciais e vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 2, n. 2, abr./jun. 1998.

_____; PINTO, L. L.; VILASBOAS, A. L. (Org.). *O processo de trabalho da vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2004. 60 p. (Série Material Didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, 5.).

THACKER, S. B. et al. Surveillance in environmental public health: issues, systems, and sources. *American Journal Public Health*, v. 86, n. 5, p. 633-638, 1996.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 5, n. 3, p. 87-107, 1998a.

_____. *Vigilância em saúde pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998b. 7 v. (Série Saúde & Cidadania).

9. Estruturação das vigilâncias do campo da saúde no nível nacional

*Marismary Horsth De Seta, Elizabete Vianna Delamarque
e Lenice G. da Costa Reis*

No módulo anterior caracterizamos as vigilâncias do campo da saúde. Como vimos, há uma previsão constitucional da competência do SUS para realizar ações de vigilância sanitária e epidemiológica e, como veremos, existem duas leis nacionais que instituíram os respectivos sistemas. Então, agora, é hora de ver como essas vigilâncias se estruturam nacionalmente para concretizar sua missão. E isso é muito mais do que identificar como e onde elas se inserem nos organogramas dos níveis federal, estadual e municipal...

As vigilâncias do campo da saúde têm vivido nos últimos anos um intenso processo de discussão, de reformulação institucional, seja no nível federal, seja na descentralização para estados e municípios, e na ampliação de seus objetos e campo de atuação. Nesse processo, elas vêm se construindo como (sub)sistemas no sistema de saúde brasileiro.

Todo processo de mudança se apoia no passado para se construir. De um lado, existe um caráter histórico, que contribui para que os sistemas nacionais de saúde e seus componentes tenham certas características e funcionem de certo modo, num dado contexto. De outro, a estruturação de um componente nacional geralmente tem correspondência com o que ocorre no plano internacional.

A vigilância em saúde do trabalhador é a exceção, pelo menos até o momento, no movimento das vigilância(s) em saúde para operar como sistemas nacionais. Antes de sua inserção na Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), sua organização seguia outra lógica, conforme se verá neste módulo. Se essa lógica mudará, o tempo dirá...

Ao final deste módulo, você deverá ser capaz de:

- desvendar algumas peculiaridades do processo da gestão das vigilâncias (financiamento, planejamento e programação das ações) antes e após o Pacto 2006 e o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP);
- mobilizar recursos para estruturar e aperfeiçoar o funcionamento dos componentes das vigilâncias nas três esferas de governo.

Coerência com o que ocorre no plano internacional

A cooperação internacional no campo da saúde é bem anterior à criação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Mas, com a criação da OMS toma corpo certa forma de cooperação centrada na erradicação e controle de doenças. É nesse marco que, em 1951, a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) aprovou regulamentos sanitários internacionais. Esses regulamentos foram unificados, dando origem ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 1969, que previa medidas de controle e intercâmbio de informações epidemiológicas sobre a propagação internacional da cólera, peste e febre amarela (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 1995).

Em 1995, após as pequenas revisões de 1973 e 1981, a AMS ordenou a revisão do RSI de 1969. Essa revisão resultou no desenvolvimento e na adoção pelos países do novo Regulamento Sanitário Internacional, de 2005 (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2005), cuja implementação no Brasil requereu o fortalecimento das vigilâncias, em especial da epidemiológica e da sanitária.



Quer aprofundar o conhecimento acerca do RSI? Consulte:

<http://www.who.int/csr/ihr/ihr1969.pdf>

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rsi2005.pdf>

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 1969 se instituiu para conseguir a “máxima segurança contra a propagação internacional de doenças com um mínimo de obstáculos para o tráfego mundial” e determinou a vigilância epidemiológica internacional de algumas doenças transmissíveis (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 1995).

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 2005 objetiva a instituição de um sistema global de vigilância, que é definida como “coleta, compilação e análise contínua e sistemática de dados, para fins de saúde pública, e a disseminação oportuna de informações de saúde pública, para fins de avaliação e resposta em saúde pública, conforme necessário” (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2005).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é o órgão responsável pelo controle sanitário dos aeroportos internacionais, portos e passagens de fronteiras terrestres para prevenir a propagação internacional de doenças. O ponto focal nacional para implementação do RSI é a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). De acordo com o RSI 2005, o Brasil precisa se estruturar para detectar, avaliar, notificar e informar eventos até 15 de junho de 2012.

Coerência com a organização federativa e com o SUS

Você já estudou, anteriormente, sobre a organização federativa brasileira e se aproximou de um tema caro ao SUS, a descentralização. Essa, nas vigilâncias ocorreu de maneira diversa da assistência, se iniciando pela esfera estadual, tanto na vigilância epidemiológica quanto na sanitária, embora em épocas distintas, como veremos a seguir.

A descentralização das vigilâncias

A descentralização das vigilâncias do campo da saúde seguiu processos diferentes em relação à descentralização do cuidado, e esses processos também foram diferentes entre si, inclusive no tempo.

A vigilância voltada para os processos de adoecimento – vamos continuar a chamá-la de vigilância epidemiológica, mesmo considerando que ela não se restringe, há muito tempo, às doenças transmissíveis – explicitou a necessidade de se constituir como um “sistema nacional” em meados da década de 1970. A vigilância sanitária (vigilância dos processos de produção-consumo) fez o primeiro movimento de constituição do seu sistema nacional em 1994, em tempos de SUS (DE SETA, 2007).

Ambas as vigilâncias – sanitária e epidemiológica – aprofundaram o processo de descentralização apenas quando duas circunstâncias se deram, não ao acaso, mas como decorrência histórica. A primeira circunstância foi a implementação da Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB SUS 01/96), que reforçou o papel das instâncias intergestores e introduziu critérios relacionados às vigilâncias para transferências financeiras automáticas para estados e municípios. A segunda, o fortalecimento dos serviços federais das vigilâncias epidemiológica e sanitária (DE SETA, 2007).

Desde o final dos anos 1990, essas duas vigilâncias buscam organizar seus sistemas nacionais. Embora sejam processos de descentralização com desenhos e graus de implementação diversos, ocorreram sob forte coordenação pela esfera federal, com base em regulamentação (normas escritas) e transferências financeiras (DE SETA, 2007).

O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde foi recentemente revisto na Portaria 1.378, de 9 de julho de 2013. Ele é coordenado nacionalmente pela Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), e tem como componentes os Subsistemas Nacionais de Vigilância Epidemiológica e em Saúde Ambiental; o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública e os sistemas de informação, nos aspectos pertinentes à epidemiológica e ambiental; os programas de prevenção e controle de doenças de relevância em saúde pública, incluindo o Programa Nacional de Imunizações; a Política Nacional de Saúde do Trabalhador; e a Política Nacional de Promoção da Saúde.

A coordenação das ações relativas à Saúde do Trabalhador, no âmbito do Ministério da Saúde, passou a integrar o escopo da SVS/MS com a Portaria MS/GM n. 1.956/07 (BRASIL, 2007b).

O Subsistema de Vigilância em Saúde Ambiental abrange também a vigilância em saúde do trabalhador, ou seja, também o ambiente de trabalho.

Neste tópico serão abordados os dois subsistemas, mas será dado destaque ao Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), que tem maior tradição na saúde e se ampara em norma legal de maior estabilidade e alcance, uma lei nacional (BRASIL, 1975). Ao mesmo tempo, conforme vimos na Unidade anterior, a vigilância ambiental em saúde, no que concerne aos fatores não biológicos é de desenvolvimento relativamente recente. E mais recente ainda é a incorporação da saúde do trabalhador à SVS.

O Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE)

Após a CEV, que durou de 1966 a 1973, os princípios da vigilância epidemiológica foram aplicados a outras doenças imunopreveníveis. Foram organizadas pela esfera federal, em cooperação com os estados, as Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE) e, nessa montagem, os estados também participavam com aporte de recursos (ANAIS DA V CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1975, p. 140; RODRIGUES, 1977, p. 40). Portanto, a CEV consistiu em uma política prévia que resultou na criação das bases estaduais do SNVE.

No desenvolvimento da vigilância epidemiológica no Brasil, consideram-se dois momentos: a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), no final dos anos 1960 e início dos anos 1970; a criação do SUS, embora ações do campo da vigilância epidemiológica fossem realizadas desde muito antes no país.

Com a criação do SUS, a vigilância epidemiológica, vista como base técnica para planejamento das ações no sistema de saúde, teve grande expansão. Ocorreu também, um movimento acelerado, a partir da década de 1990, de fortalecimento e ascensão na escala hierárquica, do serviço de vigilância epidemiológica da esfera federal (DE SETA, 2007; DE SETA; REIS, 2009) resultando na criação, em 2003, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Essa se incumbiu de:

1. Ações de vigilância, prevenção e controle de doenças.
2. Coordenação nacional de programas de prevenção e controle de doenças.
3. Programa Nacional de Imunizações; a investigação e resposta aos surtos de doenças emergentes de relevância nacional.
4. Coordenação da rede nacional de laboratórios de saúde pública.
5. Coordenação da Saúde do Trabalhador, mais recentemente, conforme Portaria MS/GM n. 1.956/07 (BRASIL, 2007b).

O Subsistema de Vigilância Epidemiológica, instituído como Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) pela Lei n. 6.259/75, em função do momento histórico em que se constituiu abrangia apenas os serviços estaduais e o componente federal. Isto é, apenas os estados e a esfera federal participavam formalmente da divisão do trabalho no SNVE.

No final dos anos 1990, quase dez anos depois de ser alçado à condição de ente federativo e de figurar na lei como o executor preferencial das ações de saúde (BRASIL, 1990a), o município entra em cena na descentralização da vigilância epidemiológica. Nesse momento, a esfera estadual se encontrava minimamente estruturada, no que concerne às ações de vigilância epidemiológica, ainda que de maneira desigual, se comparados todos os estados.

A partir de 1998, a descentralização também se acentua para os municípios com a implementação da **Norma Operacional Básica do SUS** 01/96 (BRASIL, 1996), quando são publicadas as Portarias do Ministério da Saúde n. 1.399/99 (PPI) (BRASIL, 1999b) e n. 950/99 (BRASIL, 1999c).

Essas Portarias, não mais vigentes atualmente, definiram as responsabilidades das três esferas de governo e a forma de financiamento das **ações de epidemiologia e controle de doenças**. Assim, se instituíram os repasses de recursos fundo a fundo para a execução dessas ações por estados e municípios mediante a Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI/ECD).



Quer aprofundar o conhecimento sobre o desenvolvimento da vigilância epidemiológica no Brasil?

Leia o artigo de Malta et al., 2006, "A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde", disponível em <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/ess/v15n3/pdf/v15n3a06.pdf>



Fique ligado(a)!

As ações de epidemiologia e controle de doenças, bem como a PPI correspondente, passaram a ter a denominação de "vigilância em saúde". Essa mudança de denominação foi efetivada por meio da Portaria MS/GM n. 1.172/04 (BRASIL, 2004), que revogou a Portaria 1.399/99 (BRASIL, 1999b). Hoje, tanto a Portaria 1.172/04 quanto a 3.252/2009, que a substituiu, já foram revogadas, estando em vigor a Portaria MS/GM n. 1.378/2013.

Foi a PPI/ECD que, em 2003, em correspondência com o lócus institucional que passa a abrigá-la na esfera federal, passa a se denominar Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS). Instituída pela **Instrução Normativa n. 1**, de 2003, mais tarde se denominou Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde (PAP VS) e, entre 2008 e 2011, Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS). O escopo das ações de vigilância sanitária nessas programações variou bastante ao longo dos anos (DE SETA, 2007).

Considerando o Decreto 7.508/2011 e a instituição do COAP, em 2013 a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) revisou a PAVS, no sentido de adequá-la, articulando as diretrizes do Plano Nacional de Saúde 2012-2015 à programação das ações. A Programação das Ações do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (ProgVS) para 2013-2015 é organizada em dois eixos:

 Acesse o Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015 em <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Caderno.pdf>

I – Ações prioritárias do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde vinculadas ao COAP.

II – Ações prioritárias para o Sistema Estadual ou Municipal de Vigilância em Saúde.

Outro impulso na estruturação do Sistema foi a aprovação, em 1998, do Projeto VigiSUS I (Vigilância e Controle de Doenças), e, depois, do Projeto VigiSUS II (Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde), com financiamento total de US\$ 600 milhões, dos quais a metade correspondia à contrapartida das esferas de governo brasileiras e a outra parte, a empréstimo do Banco Mundial.

Em síntese, a vigilância epidemiológica consiste em atividade interna e típica do setor saúde. Some-se a isso o fato de não haver conflitos sérios no seu campo de atuação entre os interesses público e privado. Assim se torna compreensível o seu grau de implementação comparativamente maior que o das outras vigilâncias. Contudo, seu funcionamento no âmbito do SUS ainda apresenta certo grau de precariedade, principalmente na esfera municipal, segundo as análises de Carvalho e Marzochi (1992) e Carvalho et al. (2005). A conclusão de Carvallho é que, em apenas 27% dos municípios pernambucanos estudados, a vigilância epidemiológica estava implantada, e parcialmente implantada em 46%, sendo que o maior porte dos municípios era fator que influenciava positivamente. Concluíram que as atividades de processamento, análise dos dados e a disseminação das informações ainda não fazem parte da rotina dos serviços. A despeito da distância no tempo e da diferença

entre as variáveis utilizadas, os resultados das duas análises citadas guardam coerência entre si e apontam a necessidade de continuidade dos esforços para consolidação e aprimoramento do SNVE.

Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA)

Conforme vimos no módulo anterior, o tema ambiente foi incorporado à saúde bem recentemente. O mesmo se pode dizer da saúde do trabalhador, principalmente no que diz respeito ao seu componente de “vigilância”. Sobre essas vigilâncias se deve dizer que elas integram, juntamente com a vigilância sanitária, o trio das “vigilâncias do conflito”. E que o conflito só não é maior do que o atual, na medida em que a atribuição legal de fiscalização é alocada constitucionalmente a outros Ministérios, Meio Ambiente e Trabalho e Emprego.

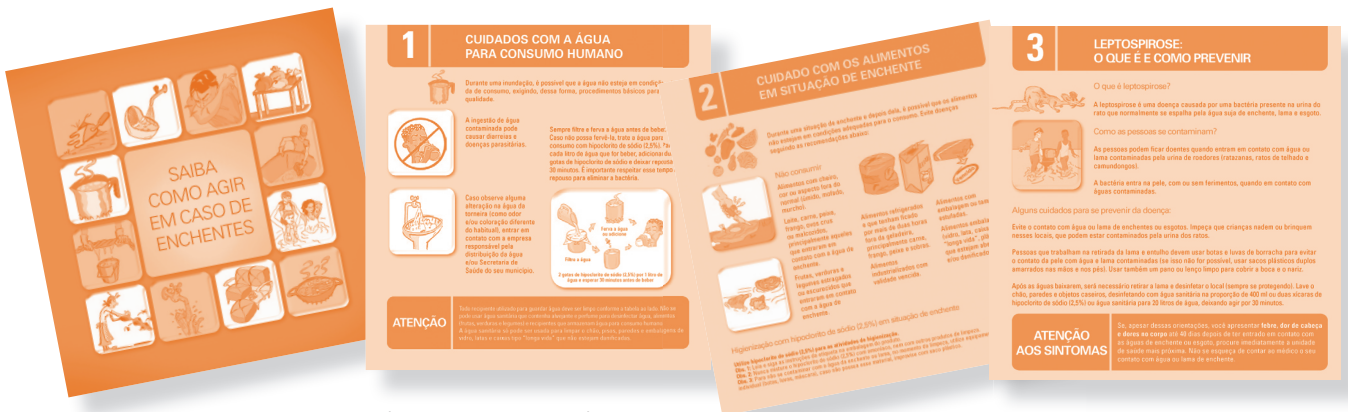
Poderia ser apontada uma terceira característica comum. É que essas duas vigilâncias têm ou podem ter ancoragem nos movimentos sociais, seja junto aos ambientalistas ou aos trabalhadores sindicalizados.

A Saúde do Trabalhador, das duas, foi a primeira a se constituir no SUS, no processo da Reforma Sanitária Brasileira. Ela se constituiu como uma rede, integrando assistência e vigilância, e tendo sua coordenação nacional, ao longo dos anos, situada em distintas secretarias do MS, nos níveis intermediários da estrutura organizacional.

A Saúde Ambiental foi criada em 2000, no Ministério da Saúde, como Vigilância Ambiental em Saúde e, em maio de 2000, estabeleceu-se no extinto Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), da Funasa, a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (Sinvas). Esse, a partir de 2005, passou a ter a sigla SINVSA (Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental). Ele foi redefinido como:

o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e entidades públicos e privados, relativos à vigilância em saúde ambiental, visando ao conhecimento e à detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde, em especial: I. água para consumo humano; II. ar; III. solo; IV. contaminantes ambientais e substâncias químicas; V. desastres naturais; VI. acidentes com produtos perigosos; VII. fatores físicos; e VIII. ambiente de trabalho [...] (BRASIL, 2005a, art. 1º).

Figura 1 – Exemplo de atuação em desastres naturais: cartilha da Anvisa de orientação em caso de enchentes



Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/car_enchentes_jan2011.pdf

Fique ligado(a)!
Fique atento(a) às denominações. Foram, e ainda são utilizadas as expressões Vigilância em Saúde Ambiental ou Vigilância Ambiental em Saúde para designar o sistema nacional em construção (SINVSA, SINVAS) e as práticas que ele abriga. No âmbito federal, a instância responsável por esse subsistema é a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), por meio do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, criado em 2009, a partir da Coordenação Geral de Vigilância Ambiental.

Atualmente, o Subsistema Nacional de Saúde Ambiental abriga as práticas relacionadas ao ambiente e a saúde do trabalhador. Na nova estrutura regimental da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, a Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM) e a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) passam a integrar o Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST).

O componente ambiental do SINVSA

As atividades relacionadas ao componente ambiental, inicialmente desenvolvidas na Funasa, também iniciam seu processo de descentralização para estados e municípios no bojo da implementação da NOB SUS 01/96. Isso se deu mediante a Portaria n. 1.399/99 (BRASIL, 1999b), mais tarde substituída pela Portaria MS/GM n. 1.172/04 (BRASIL, 2004), como já foi visto. Mas, mesmo antes dessas portarias, discutia-se, no processo de descentralização, a cessão de 26.000 agentes de endemias, da rede física e dos equipamentos da Funasa para os entes subnacionais. As coordenações regionais da Funasa eram melhor estruturadas que os setores de epidemiologia de muitas secretarias estaduais (SILVA JÚNIOR, 2004), adicionando-se um atrativo a mais ao processo de assunção dessas responsabilidades pelos entes subnacionais, além do estabelecimento do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), depois denominado Teto Financeiro da Vigilância em Saúde.

O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA) foi proposto para “prevenir e controlar os fatores de risco de doenças e de outros agravos à saúde decorrentes do ambiente e das atividades produtivas...” (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2003, p.12), parecendo antecipar a ligação com a Saúde do Trabalhador.

Participam desse sistema, no âmbito do Ministério da Saúde, além da SVS, diversos órgãos e instituições que realizam ações relacionadas ao meio ambiente. Outros órgãos vinculados também participam de ações sobre o ambiente, como exemplos a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), bem como a Assessoria de Assuntos Internacionais (AISA) do Ministério da Saúde. A articulação com outros setores é igualmente importante para a sua operacionalização. Na esfera federal, pode-se citar o Ministério do Meio Ambiente, o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, o Ministério do Trabalho e Emprego, o Ministério das Relações Exteriores, o Ministério da Educação e o Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão.

E nas outras esferas de governo como se organiza a Saúde Ambiental? Qual o escopo das ações de vigilância ambiental realizadas por cada esfera de governo?

Em alguns estados, houve a criação de departamentos e programas de vigilância ambiental. Mas, as configurações institucionais são diferenciadas em cada nível de governo e, no mesmo nível de governo, variam de uma localidade a outra. Isso significa que não se instituiu, no estado ou município, um formato de organização institucional para essa atividade.

Nas secretarias estaduais e municipais de saúde a vigilância ambiental tanto pode ser encontrada como um serviço isolado quanto nas mais diversas combinações com as demais vigilâncias (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006). Mas, na esfera municipal, as ações relacionadas aos fatores de risco biológicos, o chamado controle de vetores e reservatórios, foram – e se pode dizer que ainda são – majoritariamente executadas pelos serviços locais de vigilância sanitária. E para o controle de vetores e reservatórios, a interlocução com os municípios é com outro Departamento da SVS, o Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP).

A incorporação do controle dos fatores de risco não biológicos aos serviços da esfera municipal e estadual é complexa e, de fato, ainda incipiente. Há mandamentos constitucionais que incluem no campo do SUS a colaboração na proteção ao meio ambiente e algumas ações bem concretas de fiscalização e inspeção de águas para consumo humano; participação no controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos. Algumas dessas ações têm sido exercidas pela vigilância sanitária, mas a complexidade da questão ambiental decorre em grande parte de ela ser uma área de interface entre diversas disciplinas e setores, além de a responsabilidade principal em relação ao ambiente ser desenvolvida fora do setor saúde.

Cabe ainda ao SINVSA elaborar indicadores e sistemas de informação de vigilância em saúde ambiental para análise e monitoramento, como o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Siságua) e o Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado (Sissolo); promover intercâmbio de experiências e estudos, ações educativas e orientações, e democratizar o conhecimento na área. Alguns autores comentam que a atuação do SINVSA não se restringe aos fatores não biológicos, mas que age igualmente sobre fatores biológicos, representados por vetores, hospedeiros, reservatórios e animais peçonhentos (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006). Mas isso decorre em maior grau da atuação dos municípios e estados, do que da esfera federal.

De um outro ângulo, há quem afirme que essa divisão operacional entre fatores biológicos e não biológicos não representa uma dissociação com a vigilância epidemiológica (FRANCO NETTO; CARNEIRO, 2002). Ao contrário, o parágrafo único, art. 1º, Instrução Normativa n. 1, de 2005, afirma que:

Os procedimentos de vigilância epidemiológica das doenças e agravos à saúde humana associados a contaminantes ambientais, especialmente os relacionados com a exposição a agrotóxicos, amianto, mercúrio, benzeno e chumbo, serão de responsabilidade da Coordenação Geral de Vigilância Ambiental em Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a, grifos nossos)

Ações de vigilância ambiental em saúde também têm sido introduzidas nas pactuações de forma a contribuir para a estruturação do SINVSA. Por exemplo, a PPI/VS de 2006 enfatizou o cadastramento de áreas com populações expostas a solo contaminado por substâncias químicas em municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes; e a realização de Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiágua) em municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes. O mapeamento das áreas de solo contaminado não pretendeu ser extensivo e, sim, servir de oportunidade para o desenvolvimento da capacidade de identificação dessas áreas.

Em síntese, dentre as atribuições relacionadas à vigilância ambiental, a que apresenta maior avanço na implementação é a “Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano” (Vigiágua). Para essa atividade de monitoramento, na maior parte dos municípios, a coleta de amostras é realizada pelos serviços de vigilância sanitária.

Em 2003, 78% dos estados e o Distrito Federal alimentavam o Sistema de Informação de Vigilância e Controle da Qualidade da Água de Consumo Humano (Siságua), mas apenas 19% dos estados avaliavam de forma sistemática as informações com vistas à redução da morbimortalidade por doenças de veiculação hídrica (FREITAS; FREITAS, 2005).

Assim, como o conceito ainda se encontra em construção (FRANCO NETTO; CARNEIRO, 2002), pode-se dizer que o SINVSA ainda se encontra em estruturação. Silva Júnior (2004) aponta que até 2002 não houve, efetivamente, a realização de qualquer atividade de vigilância ambiental em saúde passível de ser aferida por indicadores e, sim, o início do processo de estruturação dessa área, com um trabalho centrado em atividades normativas e de capacitação de recursos humanos.

Barcellos e Quitério (2006, p. 175) consideraram que o SINVSA “ainda não dispõe de informações ou instrumentos técnicos para sua operacionalização” e apontam como dificuldades para a efetivação do SINVSA a necessidade de reestruturação das ações nos âmbitos estadual e municipal, a formação de equipe multidisciplinar capaz de integrar-se a outros setores sociais e a inexistência de sistemas de informação para a tomada de decisões. Quanto ao sistema de informações, deu-se a recente instituição do Painel de Informações em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (Pisast), da Secretaria de Vigilância em Saúde.

O componente do SINVSA relacionado ao trabalhador e sua saúde

Se fôssemos falar da vigilância em saúde do trabalhador como um Sistema, esse termo subsistema estaria entre aspas. Isso porque, dentre as vigilância(s) em saúde, a que se ocupa da saúde do trabalhador se assemelha pouco a um sistema ou talvez – até o momento, pelo menos – se conforme na atualidade como um “não sistema”. Por outro lado, a coordenação da Saúde do Trabalhador teve inserções diversas na estrutura do MS e foi deslocada em 2007 para a SVS/MS.

Para refletir

Seu município realiza ações de atenção à Saúde do Trabalhador? E faz a vigilância da Saúde do Trabalhador. Em que instâncias do SUS a Saúde do Trabalhador (assistência e vigilância) já esteve alocada na Secretaria de Saúde de seu município?

Essa coordenação geral foi transformada no atual Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador (DSAST), conforme vimos anteriormente.



Para saber mais sobre a construção do campo da saúde do trabalhador e seus marcos iniciais, consulte o trabalho de Minayo-Gomez e Thedim-Costa: A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas (1997) e o de Lacaz, Machado e Porto: Relatório final do projeto “Estudo da Situação e Tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil” (2002), disponíveis no CD do curso.

O caminho e o desenho organizacional que tomarão forma com a incorporação da gestão e da coordenação das ações relativas à Saúde do Trabalhador, na esfera federal, à antiga CGVAM/SVS/MS, atual DSAST/SVS, de acordo com a Portaria MS/GM n. 1.956/07 (BRASIL, 2007b), ainda não estão bem definidos. Mas essa incorporação, que pode ter surpreendido muita gente, pareceu a consumação de algo anunciado. Nesse sentido, cabe ressaltar que a Instrução Normativa n. 1, de 2005, que regulamentava a Portaria MS/GM n.1.172/04 (BRASIL, 2004), já definia os ambientes de trabalho entre os componentes sob responsabilidade da CGVAM, ao lado da água, solo, ar, os contaminantes ambientais, desastres naturais e acidentes com produtos perigosos.

O movimento da Saúde do Trabalhador é visto, no Brasil, como a configuração de “um novo paradigma que, com a incorporação de alguns referenciais das ciências sociais – particularmente do pensamento marxista –, amplia a visão da medicina do trabalho e da saúde ocupacional” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 25).

Segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), o movimento da saúde do trabalhador surge sob a influência:

- a) da Medicina Social latino-americana dos anos 1960 e início dos anos 1970, “que ampliou o quadro interpretativo do processo saúde-doença, inclusive em sua articulação com o trabalho”; e
- b) da experiência italiana com a reforma sanitária daquele país e do Movimento Operário Italiano.

Esse movimento cresceu junto a setores da sociedade que lutavam pela democratização da sociedade, pelo direito de livre organização sindical e que refletiam criticamente sobre a limitação dos modelos vigentes de atenção à saúde.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2000) e a Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990a) confirmam a Saúde do Trabalhador como competência do SUS, embora de forma não exclusiva. A área de “exclusividade do SUS” diz respeito apenas à assistência, mas não às atividades relacionadas à fiscalização dos ambientes de trabalho. E é relativamente a essa fiscalização que ocorrem as disputas de poder com Delegacias Regionais do Trabalho e com os auditores fiscais, como as apontadas, por exemplo, por Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) e Machado (2005).

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador teve suas diretrizes publicadas na Portaria MS/GM n. 1.125/05 (BRASIL, 2005b), que foi revogada em 2005.

Apenas em 2012 foi publicada a Portaria GM/MS n. 1.823, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Seus objetivos e estratégias incluem: o fortalecimento da vigilância em saúde do trabalhador e a integração com os demais componentes da vigilância em saúde e com a atenção primária em saúde; a promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis; a garantia da integralidade na atenção à saúde do trabalhador; a análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores; o fortalecimento e a ampliação da articulação intersetorial; o estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Além do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), também os Ministérios da Previdência Social (MPAS) e do Meio Ambiente (MMA) e a Promotoria Pública têm responsabilidades, cabendo:

- à **Previdência Social**, o pagamento dos benefícios enquanto perdure a incapacidade decorrente de acidente do trabalho; os procedimentos de reabilitação profissional e reinserção no mercado; a coleta, consolidação e divulgação de dados sobre ocorrência de acidentes de trabalho.
- ao **Ministério Público**, a assistência jurídica às vítimas de acidentes e doenças do trabalho e/ou a seus dependentes; a fiscalização e o acompanhamento de denúncias de descumprimentos das Normas de Segurança e Medicina do Trabalho; a impetração de ações de reparação de dano.
- ao **Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (Geisat)**, a compatibilização e integração das políticas e práticas de intervenção desenvolvidas pelo Estado (SILVA; BARRETO JÚNIOR; SANT'ANA, 2003).

A Portaria MS/GM n. 3.908/98, conhecida como Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador (Nost/SUS), buscou orientar a realização das ações de saúde do trabalhador no âmbito de estados e municípios. Definiu as responsabilidades dos municípios em cada uma das duas condições de gestão (Plena de Atenção Básica e Plena do Sistema) definidas pela NOB SUS 01/96.



Se você tiver interesse, acesse a portaria 1.823, de 2012, em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

O **Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (Geisat)** foi instituído pela Portaria MS/MTE n. 18/93. Composto por representantes dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência, seus objetivos eram: definir estratégias de trabalho integrado para a redução da morbimortalidade relacionada ao trabalho e promover a melhoria das condições de saúde e segurança do trabalhador.



Para saber mais sobre a Nost/SUS e seus pressupostos, ler Silva, Barreto Júnior; Sant'Ana. *Saúde do trabalhador no âmbito municipal (2003)*, disponível no CD do curso.

Os Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CEREST) realizam ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, e fazem parte da Renast.

Para a atenção à saúde do trabalhador criou-se, pela Portaria MS/GM n. 1.679/02 (BRASIL, 2002), a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Constituindo um modelo de atenção integrado essa rede deve considerar todo o processo saúde-doença do trabalho, no âmbito da promoção, da assistência e da vigilância. E articular todos os dispositivos, equipamentos e serviços do SUS, numa rede de abrangência nacional, com conexões organizadas nos diferentes níveis de gestão, com produção de informação e a implantação de Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CREST) (SILVEIRA; RIBEIRO; LINO, 2005). Essa rede foi ampliada posteriormente, mediante outras normas, e o Crest passou a se chamar Cerest.

Dias e Hoefel (2005, p. 823) consideram que os princípios e diretrizes que norteiam a Renast e a Política nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) podem ser resumidos em: (1) atenção integral à saúde do trabalhador; (2) articulações intra e intersetoriais; (3) informações em saúde do trabalhador; (4) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; (5) capacitação permanente; (6) participação da comunidade na gestão das ações em saúde do trabalhador.

A responsabilidade pelo financiamento das ações e dos serviços é das três esferas de governo; os repasses federais não devem ser os únicos a ser empregados: a Renast conta com repasses de recursos federais para o financiamento de suas ações, de acordo com a operacionalização de um Plano de Trabalho de Saúde do Trabalhador em estados e municípios, e a sua implementação vem sendo a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST).

Pode-se dizer que na vigilância em saúde do trabalhador tem ocorrido, como nas demais vigilâncias, um avanço no que diz respeito à produção de conhecimento e no desenho de propostas metodológicas de intervenção. Entretanto, ainda é um processo inacabado, no qual a complexidade da questão produção/trabalho ainda coloca enormes desafios, dentre os quais a retaguarda laboratorial.

A despeito da presença, desde a concepção da vigilância em saúde do trabalhador, da perspectiva inovadora de integração, observa-se ainda uma “grande dificuldade de inserção institucional e relacionamento

intrainstitucional [...]” (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002, p. 8). A PNST e a Renast emergem na busca desse “novo modelo” de atenção. Entretanto, apesar dos avanços significativos no campo conceitual, que apontam um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde, consubstanciados sob a denominação de **Saúde do Trabalhador**, depara-se, no cotidiano, com a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional e com a fragilidade na sua estruturação e articulação intra e intersetorial. Essa fragilidade institucional pode ser agora suplantada mediante sua nova inserção na estrutura do Ministério da Saúde e na centralidade que pode vir a alcançar com essa nova inserção.

Em síntese, a vigilância em saúde do trabalhador apresenta, de um lado, diversidade e riqueza de experiências locais. De outro, há heterogeneidade dessas mesmas experiências e certo grau de instabilidade política e institucional em sua implementação e manutenção.

Lacaz, Machado e Porto (2002) consideram ser sua prática fugaz e concentrada em poucos estados da Federação, especialmente nas regiões Sudeste e Sul, com destaque para o estado de São Paulo, pela influência do movimento sindical e de sanitaristas da Secretaria de Estado de Saúde. Fora do eixo Sudeste-Sul, apenas a Bahia se destaca, segundo esses autores, pelo papel estruturante exercido pelo Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (CESAT).

Mas essa fragilidade não se restringe à esfera municipal. Na esfera federal, a Saúde do Trabalhador teve inserções diversas, antes de sua ida para a SVS/MS. Ela se constituía como uma área técnica que integrava o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE), da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS). Ao Dape competia articular, além da Saúde do Trabalhador, os programas de Saúde Mental, da Mulher, do Jovem e Adolescente, da Criança, do Idoso, do Penitenciário, dos Portadores de Deficiência e de Trauma e Violência, orientando estados, municípios e Distrito Federal na sua execução. Desde sua mudança para a SVS/MS, espera-se uma progressiva reversão dessa fragilidade.

Por fim, como já se disse, para a Saúde do Trabalhador, são requeridas pactuações. E, embora aparentemente subfinanciada, ainda é muito recente que a vigilância sanitária municipal tenha transferências financeiras regulares.

O financiamento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

O financiamento das ações hoje compreendidas no Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, notadamente as de vigilância epidemiológica, tem sido objeto de mudanças ao longo dos anos. No entanto, pode-se afirmar que historicamente elas contam com alocação de recursos pelas três esferas de governo. Estados e municípios financiavam ações rotineiras de imunização, notificação e investigação epidemiológica e programas de controle de doenças. A esfera federal, representada pela Funasa, financiava ações sob sua responsabilidade – notadamente o controle das endemias – e repassava recursos para estados e municípios por meio de convênios específicos para uma determinada doença. Recursos federais adicionais eram pleiteados tendo como justificativa a eclosão de doenças, inclusive na forma epidêmica (SILVA JÚNIOR, 2004, p. 100).

No processo de descentralização no bojo da implementação da NOB SUS 01/96, para a composição e rateio dos recursos federais a serem repassados, os estados foram classificados em três estratos, considerando-se o perfil epidemiológico – principalmente em relação à dengue, malária, leishmaniose e doença de Chagas, em função da necessidade de operações de campo; a área, em km²; e a população residente, pressupondo-se que em uns o custo das ações de campo seria maior que em outros (SILVA JÚNIOR, 2004, p. 104-105).



Para saber em detalhes sobre o financiamento e o teto financeiro para as ações de vigilância epidemiológica e ambiental anteriores ao Pacto de Gestão 2006, consultar a tese de doutoramento do então dirigente da SVS/MS, Jarbas Barbosa: *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde* (SILVA JÚNIOR, 2004), disponível no CD do curso.

Com isso, o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) de cada estado se compunha de três parcelas, duas delas com valores *per capita* diferenciados, a depender do estrato em que o estado fora classificado. E eram exigidas contrapartidas dos estados e municípios de 20, 30 e 40% para os estratos 1 a 3, bem como também era necessária a certificação. As fontes de recursos federais colocados à disposição do SNVE compreendiam o Tesouro Nacional e os recursos “novos” do Projeto VigiSUS I e II.

Após o Pacto de Gestão 2006, o Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde foi regulamentado pela Portaria MS/GM n. 204/07 (BRASIL, 2007c). Esse bloco era formado por dois componentes: Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e Vigilância Sanitária.

Com a Portaria GM/MS n. 3.252/09, as regras, a partir de 2010, foram alteradas. As principais alterações foram:

1. mudança na denominação do componente do bloco de financiamento “Vigilância em Saúde” destinado às ações

compreendidas no Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde para Vigilância e Promoção da Saúde;

2. mudança na composição desse componente, que passou a ter duas partes: uma parte fixa e outra variável, a saber:
 - I. Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde – PFVPS; e
 - II. Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde – PVVPS.
3. substituição do processo de certificação para gestão das ações de vigilância em saúde pela adesão ao Pacto.

Os valores do Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS) devem ser revistos a cada ano, com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), já que se trata de um valor *per capita*. Esse valor, no entanto, não é o mesmo para todas as unidades da federação, que foram divididas em quatro diferentes estratos. O Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS) tem seu montante constituído por incentivos específicos, por adesão ou aspectos epidemiológicos especiais.

Com a Portaria/GM n. 1.378, de 9 de julho de 2013, os recursos federais transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios para financiamento das ações de Vigilância em Saúde passaram a ser organizados no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde e são constituídos por 2 componentes: o da Vigilância em Saúde e o da Vigilância Sanitária .

O componente da Vigilância em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de: I – vigilância; II – prevenção e controle de doenças e agravos e dos seus fatores de risco; e III – promoção. É composto pelo Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e pelo Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS).

O PFVS permanece ajustado anualmente e como um valor *per capita* estabelecido com base na estratificação das unidades federadas. A divisão dos recursos que compõem o PFVS entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde deve ser aprovada no âmbito da CIB, observados os critérios estabelecidos na Portaria.

O PVVS é constituído por incentivos financeiros específicos, que foram unificados em 3 blocos: I – incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde; II – incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais; e III – Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde.

A manutenção do repasse está condicionada à alimentação regular do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de Nascidos Vivos (SINASC) e sobre Mortalidade (SIM).

Planejamento, monitoramento e avaliação

O planejamento das ações compreendidas no sistema nacional de vigilância em saúde também tem se modificado no processo de descentralização. Pela Portaria 1.399/99, já revogada, essas ações de vigilância epidemiológica e ambiental deveriam ser desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças/PPI-ECD, mais tarde denominada Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde (PPI/VS) a partir da edição da Portaria GM 1.172/04, a seguir denominada Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde (PAP VS), pela Portaria n. 91 (BRASIL, 2007d). Em maio de 2008, a Portaria 64 (BRASIL, 2008), denominou-a como Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS).

A partir de 2010, a Portaria n. 3.252/09 determina que as diretrizes, ações e metas de Vigilância em Saúde deveriam estar inseridas no Plano de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde (PAS) das três esferas de gestão. Enfatiza, ainda, que a Vigilância em Saúde deveria estar contemplada no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e na Programação Pactuada Integrada (PPI), com inclusão da análise das necessidades da população, da definição de agendas de prioridades regionais, de ações intersetoriais e de investimentos.

Já a Portaria n.1378/2013 determinou também que as diretrizes, ações e metas devem ser inseridas no Plano de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde (PAS) das três esferas de gestão. Destacou ainda que os demonstrativos das ações, resultados alcançados e da aplicação dos recursos devem compor o Relatório de Gestão (RG) em cada esfera de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)

Instituído como um sistema nacional apenas no final dos anos 1990, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) abriga uma das práticas mais tradicionais do campo da saúde, a vigilância sanitária. Ela tem sido transformada e redefinida desde o início do século XX, com duas grandes inflexões: nos anos 1970 e no final dos anos 1990.

As modificações abrangeram o escopo das ações, os enfoques conceituais e os modos de atuação – da exclusividade da fiscalização normativa à aproximação ao campo da avaliação em saúde –, nos objetos e atividades a ela sujeitos e no formato institucional principalmente na esfera federal. Atividades normativas e educativas foram inseridas e reforçadas como atribuições, além de se manterem suas características mais conhecidas da população. Essas atribuições mais conhecidas são as decorrentes de seu poder de polícia administrativa e se assentam na inspeção, na fiscalização, nas atividades autorizativas – licenciamento, autorização e registro de produtos –, no julgamento de irregularidades e aplicação de sanções.

O desenvolvimento da vigilância sanitária nos últimos quarenta anos tem se dado, por um lado, em consonância com os processos de desenvolvimento econômico, de acumulação de capital e de desenvolvimento tecnológico (LUCCHESI, 2001); por outro, com o que é usualmente denominado como “tragédias sanitárias”. Como exemplo, na década de 1960, o episódio da talidomida que ocasionou o nascimento de bebês com malformações congênitas, em decorrência do qual foram criados órgãos nacionais e normas voltadas à segurança dos fármacos e ao monitoramento de suas reações adversas.

A estruturação do SNVS e a descentralização da política

Alguns diplomas legais da década de 1970 dispunham sobre o papel dos órgãos de vigilância sanitária das três esferas de governo, mas só em meados dos anos 1980 a necessidade de descentralização e de maior articulação entre os serviços de vigilância sanitária das três esferas de governo foi explicitada no Relatório da **Conferência Nacional de Saúde do Consumidor**, de 1986.

Sanitaristas dirigiram durante curto período a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SNVS), pela primeira vez nos anos 1980, o que pode ter contribuído para que a vigilância sanitária integrasse, ainda que não centralmente, a agenda da Reforma Sanitária. Por outro lado, a incorporação da vigilância sanitária a essa agenda deve ter sido facilitada pela eclosão de tragédias sanitárias, dentre as quais a contaminação por transfusão de sangue em hemofílicos, que suscitou o movimento “Salve o sangue do povo brasileiro”, capitaneado por Herbert de Souza, e o acidente radiológico com o Césio 137, em Goiânia, em 1987.

Esses sanitaristas, na impossibilidade política de organizar uma conferência específica, promoveram a Conferência Nacional de Saúde do Consumidor, em 1986.



Conheça um pouco da história da vigilância sanitária no

Brasil até a criação da (Anvisa), visitando a Linha do Tempo da “Mostra Cultural Vigilância Sanitária e Cidadania”. Com charges, fotos, reproduções de Debret e textos históricos, a mostra desenvolvida pelo Centro Colaborador em Vigilância Sanitária da Ensp/Fiocruz também encontra-se em <http://www.ccs.saude.gov.br/visa/historia1.html>.



Visite a “Mostra Cultural Vigilância Sanitária e

Cidadania” em <http://www.ccs.saude.gov.br/visa/tragedias.html> e conheça algumas das tragédias na exposição virtual; os efeitos da falta de ação ou da ação insuficiente da vigilância sanitária; a possibilidade de mudar essa história com a ação esclarecida e organizada da sociedade.

A **Conferência Nacional de Saúde do Consumidor** objetivava “definir o papel do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária enquanto organismo-atividade responsável por observar as condições, produtos e serviços que podem afetar a saúde do consumidor” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO CONSUMIDOR, 1986).



Assista ao vídeo Sergio Arouca fala sobre vigilância sanitária, que se

encontra em <http://www4.ensp.fiocruz.br/visa/nossa-producao/?tipo=443>

Contudo, a constituição de um sistema aflorou nos documentos legais quase 20 anos depois da instituição do SNVE, com a Portaria n. 1.565/94 (BRASIL, 1994). Essa portaria não chegou a ser implementada nem revogada formalmente e inspirou a estruturação de alguns serviços estaduais. Com ela, de um lado, buscava-se romper a fragmentação das ações de vigilâncias sanitária, epidemiológica e em saúde do trabalhador e se enfatizava a municipalização das ações, incorporando, não à vigilância, mas ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), as demais ações de saúde, inclusive as assistenciais. De outro lado, a portaria definia competências das esferas de governo nas ações de vigilância sanitária, assumia o caráter intersetorial dessas ações e a necessidade de articulação com outras instâncias.



Fique ligado(a) !

Fique atento às datas, pois a sigla SVS pode significar:

1. Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SVS/MS), criada em 1990, a partir da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SNVS/MS), e em 1999, substituída pela Anvisa; ou
2. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), criada a partir do Cenepi, em 2003.

Mas, após quatro anos de sua vigência, uma auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU) relacionou as fragilidades do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS): a estrutura da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SVS/MS) era insuficiente para o desempenho de suas atividades; 63% dos estados não detinham pessoal qualificado, 33% enfrentavam carência de equipamentos, veículos, legislação apropriada ou informações sobre as unidades a serem fiscalizadas e 58% não acompanhavam a atuação da esfera municipal na área. Em 66% dos municípios auditados, o número de agentes era insuficiente (DE SETA, 2007).

A Lei n. 9.782/99 criou a Anvisa, que substituiu a antiga Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. Com essa lei (BRASIL, 1999a):

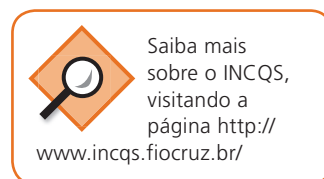
1. definiu-se a coordenação do sistema nacional de vigilância sanitária pela Anvisa;
2. aboliu-se a grande rotatividade dos postos de direção do órgão federal (SOUTO, 1996), ao se instituir mandato para os dirigentes da Anvisa;
3. dispôs-se sobre a arrecadação das taxas de fiscalização, que foram majoradas, e atribuíram-se extensas competências à agência; não se dispôs, porém, sobre o financiamento do sistema;
4. não foram incorporadas, entre as atribuições e competências da Anvisa, a vigilância em saúde do trabalhador (que apenas na esfera estadual algumas vezes integrou a vigilância sanitária, não sem conflitos) e as atribuições mais gerais em relação ao ambiente.

Componentes e funcionamento do SNVS

O SNVS pode ser visto em sentido restrito, tendo por base o que está expresso nas normas legais; em sentido ampliado, com base na resolução de um dado problema, como é explicitado a seguir.

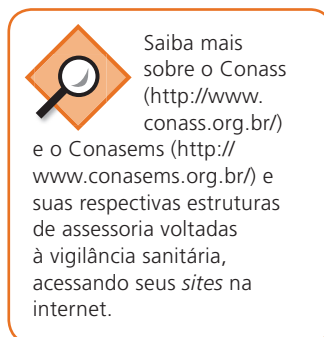
Em sentido restrito, integram o SNVS, além da Anvisa:

- os órgãos ou serviços de vigilância sanitária dos estados e municípios;
- o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fundação Oswaldo Cruz, órgão de referência nacional para as questões tecnológicas e normativas relativas ao controle da qualidade de insumos, produtos, ambientes e serviços vinculados à vigilância sanitária;
- os **Laboratórios de Saúde Pública (Lacen)**, pertencentes às secretarias de estado de saúde, distribuídos nacionalmente, e com dois componentes: um voltado à vigilância sanitária, faz análise de produtos e bens de saúde; e outro voltado ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.



Nos estados e municípios os órgãos responsáveis pelas ações de vigilância sanitária se estruturam de variadas maneiras. Alguns assumem o formato institucional de Agência Estadual de Vigilância Sanitária, como na Paraíba; outros combinam em sua estrutura a vigilância ambiental, como no caso da Bahia; em alguns estados e municípios pode-se encontrar na mesma estrutura as vigilâncias: sanitária, em saúde do trabalhador e/ou ambiental. Alguns poucos ainda agregam a vigilância epidemiológica.

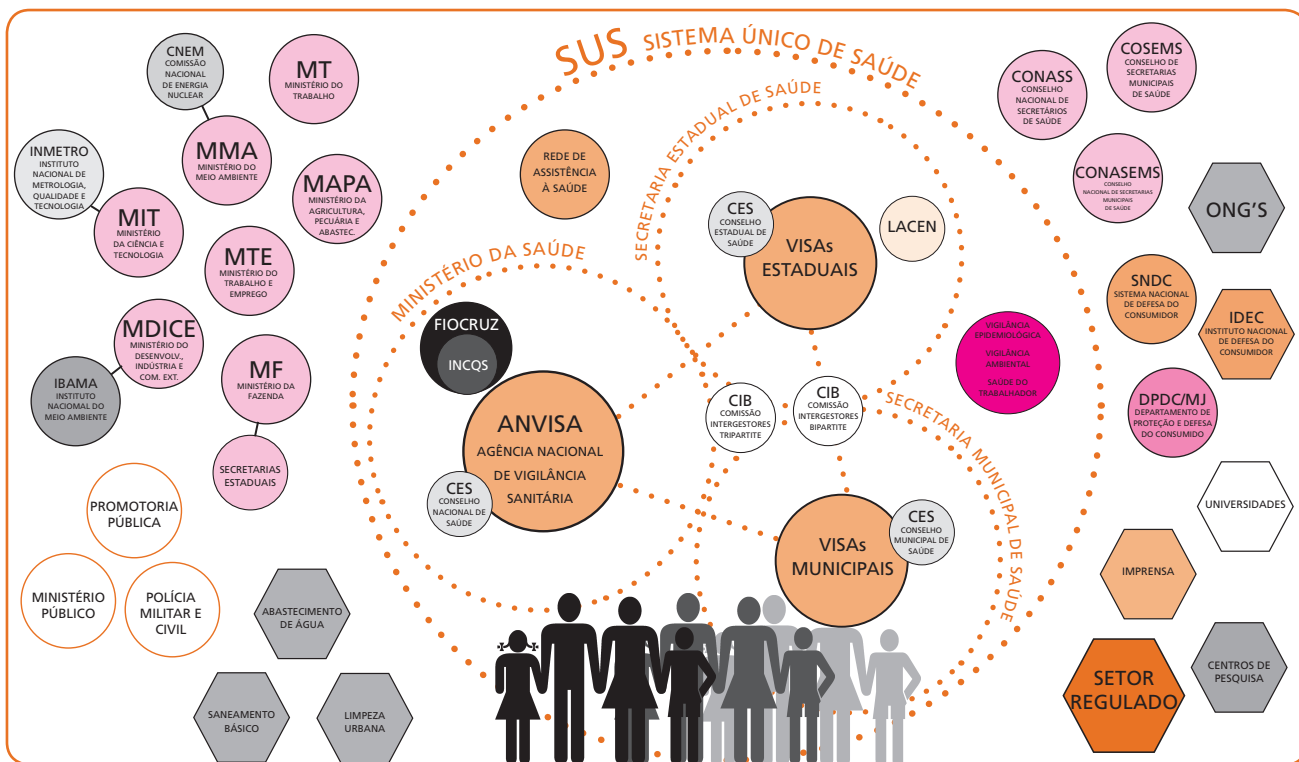
Os serviços estaduais e municipais de vigilância sanitária, majoritariamente, são integrantes da Administração Direta, e variam também em relação à autonomia administrativa e financeira do núcleo central de suas respectivas secretarias de saúde (DE SETA; SILVA, 2001). É nessa composição restrita que tem sido tomadas decisões no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no máximo se expandindo com a participação de representações das comissões intergestoras, em especial o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass); o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).



Os conselhos distritais, estaduais e municipais de saúde são colegiados participativos, fundamentais para o controle social. A participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde, estabelecida pela Lei n. 8.142/90, deve ocorrer de duas maneiras: pelas conferências e pelos conselhos de saúde. No tocante à Vigilância Sanitária, a Lei n. 8.080/90 instituiu a Comissão Permanente de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia (BRASIL, 1990a), que só em 2005 passou a funcionar regularmente.

Em sentido ampliado, ou seja, considerando o funcionamento do SNVS para resolver um problema, outros componentes, além dos já citados no item anterior, integram-se ao sistema. São órgãos da saúde, de outros setores governamentais ou da sociedade civil, como representado na Figura 4.

Figura 2 – Representação gráfica do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária



Fonte: Mostra Cultural Vigilância Sanitária e Cidadania (2006).

A Figura 4 busca representar a natureza multidisciplinar e intersetorial da vigilância sanitária, que precisa interagir com outros setores governamentais e da sociedade. Algumas ações – como o monitoramento da qualidade da água para consumo humano – e algumas áreas de atuação – como saúde do trabalhador, alimentos, radiações, saúde e meio ambiente – são de competência de mais de um órgão, interno ou externo ao Sistema Único de Saúde.

Outro exemplo é o da limpeza urbana e do saneamento básico, em que grande parte das ações é de responsabilidade direta de outros órgãos, dentre eles as companhias de lixo urbano, o Ministério do Meio Ambiente, o Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e o Conselho Nacional de Energia Nuclear. Mas como eles têm importância para a saúde, são de interesse direto ou indireto da vigilância sanitária. A ela interessa, principalmente, a geração, coleta, armazenamento e disposição final dos resíduos dos serviços de saúde, dos medicamentos vencidos, dos resíduos industriais que são despejados voluntária ou involuntariamente nos rios e mananciais e que são capazes de contaminar o meio ambiente.

Pelo caráter do setor produtivo sujeito à vigilância sanitária, a circulação dos chamados “bens de saúde” (medicamentos, alimentos, produtos médicos) tem interfaces com outros ministérios, como o de Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior e o da Ciência e Tecnologia.

Agir em prol da cidadania e dos direitos do consumidor é uma das mais arrojadas e consequentes atribuições da vigilância sanitária, e o movimento dos consumidores tem sido importante fator indutor da ação da vigilância sanitária. A vigilância sanitária integra o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC) e o trabalho conjunto com os outros órgãos desse sistema melhora a efetividade de suas ações.

Quando da constituição da Anvisa, estruturou-se um novo campo de atuação, a vigilância sanitária de serviços de saúde, que, mesmo de forma pontual, já integrava a agenda de algumas vigilâncias sanitárias estaduais. Incorporaram-se ao escopo das ações da Agência outras iniciativas que se desenvolveram no âmbito de outras secretarias do Ministério da Saúde, tais como o controle de infecção em serviços de saúde e da qualidade e segurança do sangue.

Iniciativas como a constituição de uma rede de hospitais sentinela para a notificação e a busca ativa de eventos adversos relacionados a produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária, e outras voltadas para os processos de regulamentação e regulação sanitária internacional têm caráter permanente na agenda do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e, mais especificamente, na do seu órgão federal.

Outras iniciativas mais pontuais de assunção de algumas políticas – por exemplo, as voltadas à certificação e acreditação – têm estado na agenda da vigilância sanitária que, para eliminar ou minimizar riscos no consumo de produtos e na prestação de serviços, tem o cerne de seu trabalho no binômio “qualidade e segurança” de produtos, tecnologias e serviços.



Conheça um pouco mais sobre a rede de hospitais sentinela, seus objetivos, instrumento e os hospitais que participam dessa iniciativa. Acesse <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/index.htm>



Fique ligado(a)!

Atenção, a sigla TFVS significa três coisas diversas, a depender do contexto: Taxa de Fiscalização em Vigilância Sanitária, Teto Financeiro de Vigilância Sanitária e, mais recentemente, Teto Financeiro da Vigilância em Saúde.

A descentralização dos recursos federais e das ações

Com a criação da Anvisa, houve crescimento na dotação orçamentária e na execução orçamentária da vigilância sanitária federal. Suas receitas provêm do Orçamento Geral da União – 44,9% dos recursos em 2005 –, e de recursos próprios, principalmente arrecadação de taxas e multas que, no mesmo ano, corresponderam a 55,1% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

Esse aumento da capacidade financeira da Anvisa, no momento da implementação da NOB SUS 01/96, propiciou repasses financeiros regulares e automáticos para estados e municípios. A partir de março de 1998, a título de incentivo, como componente do Piso de Atenção Básica, parte Variável (PAB Variável), os municípios passaram a receber o Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS, também chamado de PAB VISA); a partir de agosto de 2000, os estados passaram a receber um valor *per capita* por habitante/ano denominado Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária (MACVISA); depois de outubro de 2001, o repasse conhecido pela sigla TFVS ou como MAC-fato gerador. Esse repasse representa a repartição do produto da arrecadação das Taxas de Fiscalização em Vigilância Sanitária recolhidas à Anvisa.

A partir de dezembro de 2003, parte das ações básicas de vigilância sanitária – inspeções em estabelecimentos do comércio de alimentos; drogarias/ervanarias e postos de medicamentos; creches; estabelecimentos de ensino fundamental; estações rodoviárias e ferroviárias – passou a integrar a Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS), ou as programações que sucederam a PPI/VS. Outra importante modificação, também nesse ano, foi a entrada dos municípios e de suas representações no processo de negociação da descentralização das ações e dos repasses financeiros federais.



Se for do seu interesse saber mais sobre o financiamento

federal das ações de vigilância sanitária até 2006 ver De Seta e Silva: *A gestão da vigilância sanitária* (2006), disponível no CD do curso.

Após 2006, com o Pacto de Gestão, as regras foram novamente alteradas, caracterizando uma instabilidade no financiamento.

As transferências para os estados eram condicionadas à adesão ao Termo de Ajustes e Metas (TAM), que compreendia a execução de certas atividades pactuadas. Essa indução resultou na estruturação e modernização de quase todos os serviços estaduais de vigilância sanitária. Eles ficariam com a responsabilidade de promover a descentralização das ações de vigilância sanitária no âmbito de seu território. Após 2003, a esfera municipal passou a tomar parte do processo de pactuação. Rompeu-se a regra até então estabelecida da interlocução privilegiada (quase exclusiva) da Anvisa com a esfera estadual, sendo que para os municípios, não houve vinculação das transferências financeiras à realização de ações, nem mesmo as classificadas como de baixa complexidade (ou básicas).

A coordenação do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, no final dos anos 1990 e início dos 2000, encontrou um contexto federativo diverso daquele dos anos 1970. Tal como sucedeu na construção do SNVE, a construção do SNVS se iniciou pelo componente estadual. Só que, em curto espaço de tempo (três a cinco anos), passou a incorporar também as demandas municipais em um contexto democrático (DE SETA, 2007), o que representa um processo mais difícil do que sob um governo autoritário (ARRETCHÉ, 1999).

De todo modo, a coordenação federativa que, mediante o TAM, contribuiu para a estruturação dos serviços estaduais, não chegou a se efetivar para a esfera municipal. Até 2004, os municípios recebiam os repasses federais sem ter o compromisso da realização de ações e sem que houvesse exigência de certificação, como aconteceu na vigilância epidemiológica.

Planejamento, monitoramento e avaliação

De 2005 a 2007 tomou corpo um movimento que congregou os serviços de vigilância sanitária das três esferas de governo com a participação de algumas instituições acadêmicas, que culminou na elaboração do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA). Esse plano, submetido à CIT e ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007), foi publicado como Portaria MS/GM n. 1.052/07 (BRASIL, 2007a).

Enquanto se desenvolvia o PDVISA, no âmbito mais geral da gestão se estava processando a revisão normativa do SUS, que culminou no Pacto 2006 e na retomada de alguns instrumentos de planejamento, de avaliação e o relatório de gestão, no bojo do PlanejaSUS.

Disso tudo resultou que os planos de ação da vigilância sanitária tivessem consonância com o que se discutia naquele momento, que eles se articulassem com os instrumentos mais gerais de planejamento governamental instituídos mediante a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2000) e que a Agência pudesse apoiar estados e municípios na elaboração desses planos de ação.

Para isso, desenvolveram-se instrumentos que foram publicados no sítio da Anvisa e se buscou garantir o cumprimento do estabelecido na Programação de Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde (PAP VS) de 2007. A meta era 100% dos estados com planos de ação e 30% do total de municípios.



Caso você queira saber mais sobre o Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) acesse o Guia de orientações para a elaboração do plano de ação em vigilância sanitária (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2007), disponível em <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/index.htm>

Os instrumentos, a legislação, as experiências e os Cadernos do PlanejaSUS estão disponíveis em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1098

As regras estabelecidas para os repasses federais no processo de descentralização das ações de vigilância sanitária variaram bastante ao longo do período, mas permaneceram sem alterações em relação a não exigência de certificação pela esfera de governo mais abrangente, e por ser utilizado para o cálculo dos montantes apenas um único valor *per capita* para todo o país.

Cabe destacar que algumas ações da vigilância sanitária podem gerar recursos fiscais pela fixação de taxas públicas ou pela cobrança de multas, em função de seu caráter de ação típica de Estado. Mas ela não deve ser vista como autossustentável financeiramente, pois isso gera um desvio potencialmente grave de sua finalidade de proteger a saúde. Por outro lado, a cobrança de taxa tem legitimidade, pois não cabe à sociedade em geral financiar a montagem de uma empresa ou zelar pelos seus interesses.

A imposição de taxas é uma prerrogativa do poder público, mas a taxa é captada contraprestação. Isso significa que ela é um valor recolhido previamente em função de uma ação a ser efetivamente realizada pelo Estado. Taxar não implica que a resposta final seja positiva para quem demanda (ou seja, a concessão de um registro, de uma licença sanitária é demandada e a taxa é cobrada. Se a licença será concedida ou não dependerá do resultado da avaliação realizada).

Com a Portaria n. 3.252/09, alterações foram introduzidas no componente vigilância Sanitária, do bloco de financiamento da Vigilância em Saúde. Esse componente se divide em:

I. Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVisa), que manteve a concepção de piso estruturante e piso estratégico, acrescido dos valores referentes ao incentivo financeiros dos Lacen (FINLACEN-Visa).

II. Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVisa) constituído por incentivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica.

Os valores do PFVisa devem ser ajustados, a cada ano, de acordo com a população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

As regras estabelecidas para os repasses federais no processo de descentralização das ações de vigilância sanitária variaram bastante ao longo do período, mas permanece sendo utilizado para o cálculo dos montantes apenas um único valor *per capita* para todo o país.

A Portaria GM n. 1.378/13 manteve a maioria das diretrizes do financiamento do componente da Vigilância Sanitária, que permanece composto por:

I – Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVisa): destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, visando o fortalecimento do processo de descentralização, a execução das ações de vigilância sanitária e para a qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária;

II – Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVisa): destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, na forma de incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária.

Os valores do PFVisa permanecem ajustados anualmente pela população e estão definidos limites mínimos de repasse tanto para estados como para municípios. A manutenção do repasse dos recursos está condicionada ao cadastramento dos serviços de vigilância sanitária no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e ao preenchimento mensal dos procedimentos de VISA no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

Alguns desafios e perspectivas das vigilâncias no campo da saúde

Como vimos, as vigilâncias e seus sistemas têm uma nova regulamentação, a Portaria MS/GM 1.3789, de 9 de julho de 2013. Mas nem tudo se resolve mediante uma norma, e ainda mais uma norma complexa como essa. Assume-se que as quatro vigilâncias apresentam-se em diferentes estágios de desenvolvimento e de implementação no SUS quando você observa:

- todas as vigilâncias na mesma esfera de governo, seja na esfera federal, estadual ou municipal;
- cada uma das vigilâncias nas três esferas de governo.

De um jeito ou de outro, a constatação é a mesma: todas as vigilâncias requerem esforços para seu aprimoramento. Renova-se o cuidado de não se chegar a uma conclusão definitiva, segundo a qual existiria um modelo institucional e de organização de práticas para as vigilâncias que seja “o melhor modelo”. Até porque nosso país de regime federativo é muito desigual, e uma padronização nacional para a organização das vigilância(s) tem o seu bom êxito como altamente improvável, não é mesmo?

Abordar as contribuições das vigilâncias para as diversas áreas de prática do sistema de saúde brasileiro é tarefa delicada. É que são tantas as possíveis contribuições das vigilâncias que, mal concluída a versão preliminar, os acréscimos já têm de ser feitos...

Assume-se assim que o apontamento das contribuições gera um resultado que tende a ser sempre parcial e provisório, daí que se opta por apresentar alguns dos desafios e perspectivas mais gerais, além daqueles que ficam contidos no seu próprio campo, quais sejam, a qualificação da rede de laboratórios e das equipes.

Assim, no âmbito mais geral do SUS, um primeiro desafio para as vigilâncias do campo da saúde é lidar com os conflitos decorrentes do que fazem e do como fazem seu trabalho. Conforme vimos, algumas das vigilâncias lidam com os processos de produção e consumo e seus efeitos na saúde, necessitando de uma maior capacidade de intervenção do Estado para reduzir desigualdades, melhorar a qualidade de vida e colaborar na construção da cidadania. E aí, o conflito potencial que existe na vigilância epidemiológica é relativamente menor, do que naquelas vigilâncias que, por isso mesmo, chamamos de “vigilâncias do conflito”.

Um segundo desafio é transformar as práticas das vigilâncias incrementando a sua articulação com as demais ações do sistema de saúde e favorecendo a participação social. Em vez da preocupação em unificar essas práticas distintas, preferimos enfatizar a sua articulação. Essa pode ser alcançada mediante o emprego de diversos mecanismos de coordenação do processo do trabalho. Sem isso, as vigilâncias deixam de contribuir para a melhoria de produtos, processos e serviços do SUS como um todo.

Esses mecanismos de coordenação do trabalho vêm do campo da gestão, mas devem favorecer a participação da sociedade e dos indivíduos. E essa participação deve ser sempre buscada, não como um mecanismo de legitimação das decisões, mas como direito do cidadão e obrigação da Administração Pública.

Além da articulação necessária entre as vigilâncias e com todo o setor saúde – e não só preferencialmente e a partir da atenção básica, como propõe a Portaria 1.378/ 2013 – há também a necessidade da integração com as demais políticas sociais, e a depender de qual seja a vigilância, até com as outras políticas públicas.

Um terceiro desafio é superar as lacunas que persistem sobre a articulação das políticas de saúde num dado lugar e a regionalização das

vigilâncias que, na nossa visão, passa também pela realização desconcentrada de ações pela esfera estadual, principalmente no caso da vigilância sanitária.

Nesse caso, há ações que ainda hoje são, e por algum tempo ainda permanecerão sendo de competência da vigilância sanitária estadual. Vamos ter em mente que, se o município não pode fazer, essa responsabilidade cabe ao estado, embora o papel a ser exercido pela esfera estadual seja predominantemente de coordenação do sistema estadual.

De todo modo, uma coisa é clara: as vigilâncias e a Promoção da Saúde estão submetidas aos mesmos desafios, num contexto em que predominam demandas sociais por melhorias no acesso e na qualidade do cuidado.

Atividade do Módulo 9

Do seu ponto de vista, qual seria a justificativa para a prioridade atribuída pela vigilância ambiental aos municípios maiores para mapeamento de áreas de solo contaminado?

Falamos bastante sobre a PAVS, agora, visite o *site* da SVS/MS e busque identificar seus eixos e o conteúdo de suas ações. Verifique se é possível comparar o que foi pactuado para o seu estado com o estabelecido nacionalmente.

Envie as respostas para o seu tutor.

Avaliação final da Unidade IV

Levando em conta o que você aprendeu nesta Unidade e a pesquisa que você realizou, faça a descrição da estrutura e organização das vigilâncias em seu município ou estado, descrevendo algumas das atividades desenvolvidas e processos de intervenção específicas que de que você tenha conhecimento ou tenha pesquisado.

Você identificaria algum problema no cumprimento das funções e atividades das vigilâncias em alguma de suas dimensões ou componentes? Neste caso, que estratégias você sugeriria para a superação de dificuldades?

Envie a resposta para seu tutor.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *Relatório anual de atividades*. Brasília, 2005.

210 p., il. (Série C. Projetos, programas e relatórios). Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/relatorio2005/conteudo/Relatorio_completo_MONT.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2009.

_____. *Guia de orientações para a elaboração do Plano de Ação em Vigilância Sanitária*. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/descentralizacao/guia_plano_acao.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2009.

ARRETCHE, M. T. S. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 14, n. 40, jun. 1999.

BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 1, p. 170-177, fev. 2006.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 26/2000 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2000. 370 p.

_____. Decreto nº 6.860, de 27 de maio de 2009. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 maio 2009b. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=258861>>. Acesso em: 04 nov. 2009.

_____. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei6259.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2009.

_____. 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 18-55, 20 set. 1990a. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 31 mar. 2009.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 7 abr. 2009.

_____. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 27 jan. 1999a. Disponível em: <<http://www.lei.adv.br/9782-99.htm>>. Acesso em: 7 abr. 2009.

_____. Ministério da Saúde. NOB-SUS 01/96: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS. Brasília, 1996. 36 p.

_____. Portaria MS/GM nº 1.956, de 14 de agosto de 2007. Dispõe sobre a coordenação das ações relativas à saúde do trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 30, 15 ago. 2007b. Disponível em: <[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.ago.07/iels153/U_PT-MS-GM-1956_140807.pdf](http://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.ago.07/iels153/U_PT-MS-GM-1956_140807.pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria MS/GM nº 91, de 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, p. 33, 16 jan. 2007d.

_____. Portaria nº 1.052, de 8 de maio de 2007. Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 maio 2007a. Disponível em: <http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=260>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria nº 1.172/ MS/GM, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 115, p. 58, 17 jun. 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1172.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria nº 1.399/ MS/GM, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 21, 16 dez. 1999b. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_1399_1999.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria nº 1.565/ MS/GM, de 26 de agosto de 1994. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência, esclarece a competência das três esferas de governo e estabelece as bases para a descentralização da execução de serviços e ações de vigilância em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 abr. 1994. Disponível em: <http://www.crfpa.org.br/legisla/Portarias/001prts05.htm>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria nº 1.679/ MS/GM, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 jan. 2007c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria nº 3.908/ MS/GM, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 nov. 1998b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/3908_98.htm>. Acesso em: 31 mar. 2009.

_____. Portaria nº 64, de 30 de maio de 2008. Estabelece a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) como instrumento de planejamento para definição de um elenco norteador das ações de vigilância em saúde que serão operacionalizadas pelas três esferas de gestão e da outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2008/prt0064_30_05_2008.html>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria nº 950, de 23 de dezembro de 1999. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 dez. 1999c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21245>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria nº 1.125/ MS/GM, de 06 de julho de 2005. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. 2005b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/portarias>>. Acesso em: 19/04/2009. REVOGADA

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução normativa SVS/MS n. 1, de 7 de março de 2005. Regulamenta a Portaria n. 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, Estados, 70 Municípios e Distrito Federal na área de Vigilância em Saúde Ambiental. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 55, p. 35, 22 mar. 2005a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/inst_normativa_01_2005.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2009.

_____. Portaria MS/GM nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 65, 23 dez. 2009a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252_22_12_2009.html>. Acesso em: 21 jan. 2010.

CARVALHO, E. F. de et al. Avaliação da vigilância epidemiológica em âmbito municipal. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 5, p. 53-62, dez. 2005. Suplemento 1.

CARVALHO, M. S.; MARZOCHI, K. B. F. Avaliação da prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 34-57, abr. 1992.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO CONSUMIDOR, 1, 1986, Brasília. Relatório Final. *Revista Saúde em Debate*, Brasília, n. 19, p. 20-24, 1987.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5, 1975. *Anais da V Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1975. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/5_CNS_anais.pdf>. Acesso em: 20 set. 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 367, de 14 de fevereiro de 2007. *Diário Oficial da União*, Brasília, 14 mar. 2007. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpessp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.mar.07/iels49/U_RS-CNS-367_140207.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2009.

DE SETA, M. H. *A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. 176 p.

_____; REIS, L. G. da C. As vigilâncias do campo da saúde: aportes e implicações para a gestão de sistemas e serviços de saúde. In: OLIVEIRA, R.G. de; GRABOIS, V.; MENDES, W.V. (Org.). *Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009, p. 201-329.

_____; SILVA, J. A. Á. da. A Gestão em vigilância sanitária. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1., 2001, Brasília. *Cadernos de textos*. Brasília: Anvisa, 2001.

_____; _____. A gestão da vigilância sanitária. In: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; O'DWYER, G. de. (Org.). *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 195-217.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. da G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-828, out./dez. 2005.

FRANCO NETTO, G.; CARNEIRO, F. F. Vigilância ambiental em saúde. *Ciência e Ambiente*, Rio Grande do Sul, v. 25, p. 47-58, 2002.

FREITAS, M. B.; FREITAS, C. M. de. A vigilância da qualidade da água para consumo humano – desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 993-1004, dez. 2005.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Centro Nacional de Epidemiologia. *Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde*. Brasília, 2003. 32 p. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0649_M.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2009.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Sergio Arouca fala sobre vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: VídeoSaúde, 2006. 1 DVD (47 min), color.

_____. *Linha do tempo*. Rio de Janeiro, [200-]. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/visa/historia1.html>>. Acesso em: 7 abr. 2009.

_____. *Tragédias sanitárias*. Rio de Janeiro, [200-]. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/visa/tragedias.html>>. Acesso em: 7 abr. 2009.

LACAZ, F. A. de C.; MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. de S. Relatório final do projeto *Estudo da Situação e Tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil*. [S.l.], 2002. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/GTs/GT%20Saude%20Trabalhador%20RelatorioFinal%20.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2009.

LUCCHESI, G. *Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil*. 2001. 245 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MACHADO, J. M. H. A propósito da vigilância em saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 987-992, out./dez. 2005.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2006.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. da F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13 (Supl. 2), p. 21-32, 1997.

MINISTÉRIO DO TRABALHO / MINISTÉRIO DA SAÚDE / MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Portaria Interministerial n. 18, de 09 de novembro de 1993. Institui o Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (GEISAT), de caráter permanente, incumbido de buscar, promover ações integradoras, harmonizadoras e estabelecendo normas e sistematização da descentralização da assistência médica, farmacêutica e odontológica ao acidentado do trabalho. *Diário Oficial da União. Brasília*, 12 de novembro de 1993.

MOSTRA CULTURAL VIGILÂNCIA SANITÁRIA E CIDADANIA. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/Cecovisa, 2006. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/visa/mostra.html>>. RODRIGUES, B. de A. Evolução institucional da saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 1977. 64 p.

SILVA JÚNIOR, J. B. da. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. 2004. 318 p. Tese (Doutorado) - UNICAMP, São Paulo, 2004.

SILVA, Z. P.; BARRETO JUNIOR, I. F.; SANT'ANA, M.. Saúde do trabalhador no âmbito municipal. *Perspect*, São Paulo: v.17, n.1, p. 47-57, jan.-mar. 2003.

SILVEIRA, A. M.; RIBEIRO, F. S. N.; LINO, A. de F. P. F.. O controle social no SUS e a RENAST. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3, 2005, Brasília. Trabalhar sim, adoecer não: textos de apoio... Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/crest/downloads/Coletanea.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2006.

SOUTO, A. C. Saúde e política: a vigilância sanitária no Brasil (1976-1994). Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996. p. 199.

WORLD HEALTH ASSEMBLY, Revision and Updating of the International Health Regulations, WHA48.7, 12 May 1995 (hereinafter WHA Resolution 48.7). Available <http://www.who.int/csr/ihr/ihr1969.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2009.

_____, Revision of the International Health Regulations, WHA58.3, 23 May 2005 (hereinafter IHR 2005). Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_55-en.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2009.

Siglas

AIH	Autorização para Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
Aisa	Assessoria de Assuntos Internacionais
AMS	Assistência Médico-Sanitária ou Assembleia Mundial da Saúde
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CADPA	Comissão Permanente para Acompanhamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
Cendes	Centro de Estudios del Desarrollo
Cenepi	Centro Nacional de Epidemiologia
Cepal	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CEV	Campanha de Erradicação da Varíola
CF	Constituição Federal
CGVAM	Coordenação Geral de Vigilância Ambiental
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
Ciplan	Comissão Interministerial de Planejamento
Cisama	Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente
Cist	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNEN	Comissão Nacional de Energia Nuclear
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Coap	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
Conasems	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
Conasp	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
Conass	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
Cosems	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
Crest/Cerest	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
Dape	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Devep	Departamento de Vigilância Epidemiológica

DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNPS	Departamento Nacional de Saúde Pública
DSAST	Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EC Nº 29	Emenda Constitucional nº 29
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Faec	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
Geisat	Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador
GM	Gabinete do Ministro
GP	General Practitioner
HIV	Human Immunodeficiency viruse
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IAPM	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos
Ibama	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMS/UERJ	Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INCQS	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
Inmetro	Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
JK	Juscelino Kubitschek
Lacen	Laboratório de Saúde Pública
MACVISA	Média e Alta Complexidade da Vigilância Sanitária
Mapa	Ministério da Agricultura, Agropecuária e Abastecimento
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MIDIC	Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior
MMA	Ministério do Meio Ambiente

MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NHS	National Health Service
NO	Norma Operacional
Noas	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
Nost	Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador
OGM	Organismos Geneticamente Modificados
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS/Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
Pacs/PSF	Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Programa Saúde da Família
Pais	Programa de Ações Integradas de Saúde
PAM	Posto de Assistência Médica
PAP/VS	Programação de Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PAVS	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PBVS	Piso Básico de Vigilância Sanitária
PDR	Plano Diretor Regional
PDVISA	Plano Diretor de Vigilância Sanitária
PFVISA	Piso Fixo de Vigilância Sanitária
PFVPS	Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
Pisast	Painel de Informações em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
PLUS	Plano de Localização de Serviços de Saúde
PMC	Projeto Montes Claros
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNST	Política nacional de Saúde do Trabalhador
POI	Programação e Orçamento Integradas
PPA	Plano de Pronto Ação
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPI/ECD	Programação Pactuada e Integrada da Epidemiologia e Controle de Doenças
PPI/VS	Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde

PRA	Programa de Racionalização da Assistência Ambulatorial
ProgVS	Programação das Ações do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
PVVISIA	Piso Variável de Vigilância Sanitária
PVVPS	Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
Renases	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
Renast	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SAMPHS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
Simpas	Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social
SINVSA	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental
SNDC	Sistema Nacional de Defesa do Consumidor
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TAM	Termo de Ajustes e Metas
TCU	Tribunal de Contas da União
TFECD	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
TFVS	Teto Financeiro de Vigilância em Saúde ou Taxa de Fiscalização de Vigilância Sanitária ou Teto Financeiro de Vigilância Sanitária
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo
UVE	Unidade de Vigilância Epidemiológica
Visat	Vigilância em Saúde do Trabalhador

Formato: 205 x 260mm
Tipografia: Meridien LT Std e Frutiger Lt Std
Papel do Miolo: Papermax 90g/m2
Papel e Acabamento Capa: Papel Cartão supremo 250g/m2
Ctp Digital: Gráfica Stamppa Ltda.
Impressão e acabamento: Gráfica Stamppa Ltda.
Rio de Janeiro - 2014.

A organização de redes de atenção à saúde é estratégica no enfrentamento do maior desafio colocado ao sistema de saúde brasileiro: a efetiva garantia do direito à atenção integral, resolutiva e de qualidade a todos os cidadãos, de acordo com suas necessidades.

A política mais recente vem recolocando a constituição de redes no centro das propostas de organização da atenção, criando um desafio aos gestores e técnicos do SUS, que devem garantir que o espaço regional incorpore processos de planejamento, programação e gestão realmente integrados.

A publicação Gestão de Redes de Atenção 1 apresenta o material pedagógico de suporte ao Curso de Especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde, modalidade a distância, fruto da parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) e o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

Ademais do conteúdo conceitual articulado à base instrumental, busca a construção de pensamento autônomo que possa traduzir as diretrizes gerais da constituição de redes às especificidades locais, por meio da realização de projetos de intervenção que representem avanços na construção efetiva das redes de atenção nos territórios, e resultem em maior capacidade de atender às necessidades da população, garantindo ampliação de acesso e diminuição de desigualdades.