

GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE

FUNDAMENTOS E PRÁTICAS



Antonio Carlos Pereira é Professor Titular do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Unicamp. Graduiu-se em Odontologia em 1989 pela FOP-UNICAMP, e realizou sua pós graduação na Faculdade de Saúde Pública da USP: Especialização (1990), Mestrado (1991-1993) e Doutorado (1993-1996). Em seguida, desenvolveu pesquisas nas Universidades de Nijmegen (Holanda, 1997) e Indiana (EUA, 2000). Exerceu os cargos de Chefe de Departamento de Odontologia, Responsável pela Área de Saúde Coletiva no Programa de Pós Graduação em Odontologia da FOP e, desde 2003, tem sido o coordenador do Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Coletiva da FOP UNICAMP.

A obra “Gestão Pública em Saúde: Fundamentos e Práticas”, organizada pelos Professores Antonio Carlos Pereira, Luciane Miranda Guerra, Marcelo de Castro Meneghim e Denise de Fátima Barros Cavalcante da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP, é composta por 24 capítulos e 43 colaboradores. O livro tem abordagem multiprofissional e apresenta temas relacionados diretamente ao processo de trabalho e relações institucionais, tais como: Políticas Públicas, Planejamento, Programação, Tecnologias em Saúde, Matriciamento, Sistemas de Informação, Organização da Atenção e da Demanda, Avaliação, Regulação, Auditorias, Controle Social, Trabalho em Rede, Transetorialidade, Humanização, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Judicialização, Promoção de Saúde, Geoprocessamento, Evidência Científica para gestores de saúde, além de outros. Além da parte escrita, os leitores poderão complementar o conteúdo de cada capítulo através de uma aula gravada (CDs anexos ao livro) e leituras obrigatórias e complementares que seguem os guias dos mesmos. Os conhecimentos contidos poderão colaborar na capacitação técnica de gestores e profissionais de todas as áreas da saúde.

“Parafraseando Paulo Freire, quando conceitua: “Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”. Esta obra instigante corrobora como inovação na área da Gestão Pública em Saúde, fomentando o aprendizado e a crítica, colocando todos os leitores na condição de protagonistas dentro do SUS, contextualizando-os dentro de uma rede. Fazer parte da organização deste livro foi experiência de dedicação, doação, com sabor doce de muita gratidão em especial a Antonio Carlos Pereira, onde através dele pude experienciar a verdadeira aprendizagem contínua. Aos escritores pude perceber tamanho comprometimento nesta caminhada. São de profissionais assim que a Saúde Coletiva precisa contar. Estamos em excelentes Mãos!”

Denise de Fátima Barros Cavalcante

“Organizar um material literário relevante para a gestão em saúde, uma vez que idealizado pelo Prof Antonio Carlos, foi uma honra e, ao mesmo tempo, um desafio. Tarefa de paciência e dedicação. Mas, organizá-lo com material produzido por alunos e ex alunos do nosso Programa de pós graduação foi gratificante. Os alunos, autores dos capítulos, são também sujeitos da história atual do SUS. Estão na luta diária pela sua consolidação. E, por isso, esse livro retrata a prática na sua crueza, beleza e diversidade.

O cuidado com a forma, estrutura e método revelou o empenho dos alunos nas nossas orientações, bem como seu compromisso com o curso e com esse livro. Por isso, e pelo agradável convívio com esses alunos, a tarefa de ajudar a compor esse livro foi, sobretudo, um privilégio.”

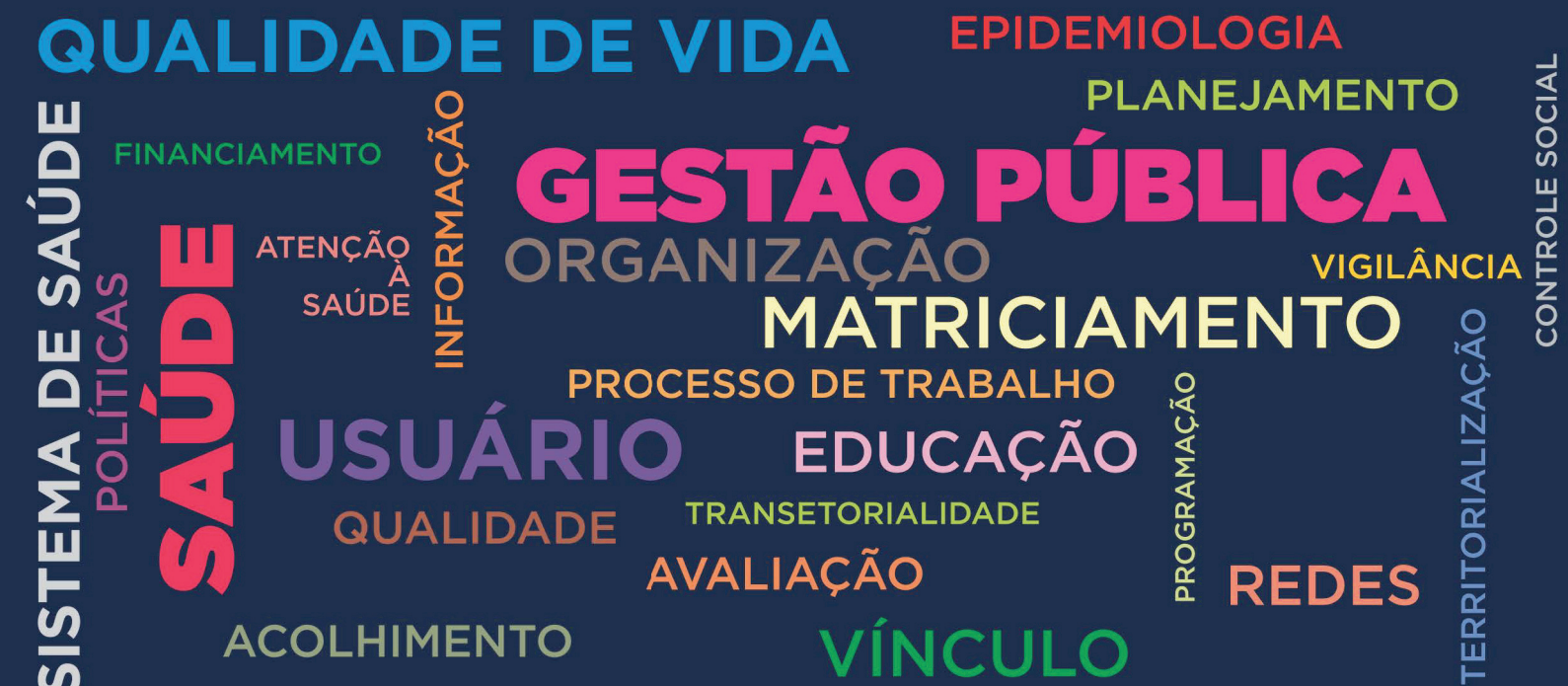
Luciane Miranda Guerra

Editora Livronovo
www.editoralivronovo.com.br



GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE
FUNDAMENTOS E PRÁTICAS

Antonio Carlos Pereira
Denise de Fátima Barros Cavalcante
Luciane Miranda Guerra
Marcelo de Castro Meneghim
(Organizadores)



GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE

FUNDAMENTOS E PRÁTICAS

livronovo

GESTÃO PÚBLICA
EM SAÚDE:
FUNDAMENTOS
E PRÁTICAS

ANTONIO CARLOS PEREIRA
LUCIANE MIRANDA GUERRA
DENISE DE FÁTIMA BARROS CAVALCANTE
MARCELO DE CASTRO MENEZES
ORGANIZADORES

GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE: FUNDAMENTOS E PRÁTICAS

livronovo

Águas de São Pedro, 2016

COORDENAÇÃO EDITORIAL	Zeca Martins
DIAGRAMAÇÃO E PROJETO GRÁFICO	Claudio Braghini Junior
REVISÃO	Equipe Livronovo
REVISÃO DAS NORMAS BIBLIOGRÁFICAS	Bibliotecária Marilene Girello
Responsável pelas gravações das aulas	Valéria Candido da Silva Brizon

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação - CIP

G393

Gestão pública em saúde: fundamentos e práticas / Antonio Carlos Pereira, Luciane Miranda Guerra, Denise de Fátima Barros Cavalcante, Marcelo de Castro Meneghim (Organizadores). – Águas de São Pedro: Livronovo, 2015.

600 p. ; 21 cm

ISBN 978-85-8068-214-4

1. Gestão saúde - Pública. 2. Administração pública. 3. Pereira, Antonio Carlos. 4. Cavalcante, Denise de Fátima Barros. 5. Guerra, Luciane Miranda. 6. Meneghim, Marcelo de Castro (Org.). I. Título.

CDD

617.6

Agradecimentos:

À UNICAMP na pessoa do Diretor da FOP Prof. Dr. Guilherme Elias Pessanha Henriques

Pela estrutura física e os recursos humanos disponibilizados que, em muito, colaboraram para o desenvolvimento desta obra

À Valéria Silva Candido Brizon

Pela cooperação nas gravações e edições das aulas gravadas para o livro

“Gestão Pública em Saúde: Fundamentos e Práticas”**Organizadores:**

Antonio Carlos Pereira

Professor Titular da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Unicamp. Graduou-se em Odontologia em 1989 pela FOP-UNICAMP, e realizou sua pós graduação na Faculdade de Saúde Pública da USP, a saber: Especialização (1990), Mestrado (1991-1993) e Doutorado (1993-1996). Em seguida, desenvolveu pesquisas nas Universidades de Nijmegen (Holanda, 1997) e Indiana (EUA, 2000). Atualmente exerce o cargo de coordenador do Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Coletiva da FOP (2003-atual).

Luciane Miranda Guerra

Professora Doutora da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Unicamp. Graduou-se pela Universidade São Francisco, Bragança Paulista (1990), especialista em Saúde Coletiva pela FOP-Unicamp (2004), Mestre em Odontologia Legal e Deontologia pela FOP-Unicamp (2002) e Doutora em Saúde Coletiva – PPGO – pela FOP UNICAMP (2008).

Denise de Fátima Barros Cavalcante

Pós Graduanda em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Unicamp. Possui graduação em Odontologia pela Associação Caruaruense de Ensino Superior (1998), especialização em Saúde Coletiva (2007) e especialização em Planejamento e Gestão Financeira em Saúde (2012). Foi Secretária Municipal de Saúde em duas gestões (Condado-PE) e exerceu coordenação de saúde bucal (Condado e Limoeiro - PE).

Marcelo de Castro Meneghim

Professor Associado da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Unicamp. Graduou-se em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp (1989), Mestre e Doutor em Odontologia Preventiva e Social, pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/Unesp, em 1996 e 1999, respectivamente. Exerceu a função de Diretor Associado da FOP-UNICAMP (2006-2010) e, atualmente, exerce o cargo de chefe de Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP.

PREFÁCIO

Desincumbir-se de prefaciар uma obra de Antonio Carlos Pereira não é tarefa das mais fáceis!

Admitamos, toda e qualquer publicação científica carrega consigo e traz na essência a marca indelével de seu autor, fenômeno este caracterizador à boa aceitação da obra com o mesmo sentimento que nutrimos em relação ao seu mentor intelectual. Nesta seara, em nosso caso, testemunhamos o valor superlativo desta peça literária científica, não somente para os gestores em saúde, mas a todos envolvidos com os Serviços de Saúde brasileiros.

Desde há muito tempo conheço o Professor Doutor Antonio Carlos Pereira, ilustre Professor Titular da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da UNICAMP, apresentado que fomos pelo grande amigo e contemporâneo de doutorado, Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim, co-autor deste trabalho e, também docente na mesma casa citada acima. Formam uma dupla de inteligência fulgurante em prol da Saúde Coletiva!

Gestão Pública em Saúde: Fundamentos e Práticas. Que felicidade na escolha do chamado, brilhante a escolha do tema, assunto assaz debatido, porém com lacuna contumaz na interação serviço / academia.

A gestão pública em saúde é muito guerreada, porém não muito conhecida em suas minúcias entre nós, poucos se dedicam ao seu estudo de maneira contemplativa e com práticas fundamentadas. Ademais o campo é árido e exige conhecimentos teóricos e práticos não somente da ciência, mas como também da força de quem atua no serviço cotidianamente.

Para resgatar a sólida cultura serviço / academia, encontrar-se-á no rol, como co-autora a Profa. Dra. Luciane Miranda Guerra, amiga querida, hoje docente da mesma FOP-UNICAMP, que como gestora de saúde atuou como secretária e coordenadora de serviços. Ainda brinda-se a obra com a experiência de Denise de Fátima Barros Cavalcante, uma especialista em duas áreas que se completam de maneira superlativa, Saúde Coletiva e Planejamento e Gestão Financeira, colega que coleciona experiência em Coordenação de Saúde Bucal e Secretária Municipal de Saúde.

Antonio Carlos Pereira soube montar uma estrutura exemplar que discorre limpia e magnificamente sobre a matéria, com maestria, a transmitir todo o rigor científico numa linguagem envolvente, suave, elegante, que enleva e cativa, propiciando o deleite ao leitor a dar continuidade à leitura com raro prazer.

Somos professores universitários de unidades públicas de ensino superior, já de algum tempo, nas coisas de rotina do exercício do magistério superior compartilhamos nossos gostos pelo bem público, e mais especificamente nas pretensões do Estado à imposição das iniquidades experimentadas em palcos férteis para que se externem, inclusive, notáveis talentos para a dramatização do desastre alheio.

Surge então o livro que temos a honra de apresentar aos dignos leitores. Frise-se, que desde o primeiro contato, notamos tratar-se de obra adequada àqueles que, no exaustivo trabalho de Gestores de Saúde, necessitam de informação precisa, sem delongas.

Claro, com verbetes simples ao entender e técnica necessária à compreensão dos profissionais que se envolvem com Saúde e sua Gestão ou não, o presente livro, permeia e segue indicando aspectos absolutamente necessários a que o leitor trafegue, sem fobias em relação ao equívoco pelos caminhos não pouco tortuosos que a Gestão Pública exige de seu operador.

É notório que, nesta obra sobre o qual ora escrevemos e onde se aflora o desvelo de seus autores, coincide o gosto que temos pelo trabalho de seu organizador; com apreço que por ele temos nutrido. De raro prazer, pois.

Desejamos, do mais profundo teor de sinceridade, que todos se façam condôminos das informações contidas nas entrelinhas de cada capítulo que proporcionam um ganho maiúsculo aos apreciadores do assunto.

Parabenizo, não aos autores, mas a todos que obtiverem a oportunidade e o deleite de lerem os conteúdos desta publicação, sem dúvidas, serão agraciados com informações preciosas para práticas fundamentadas em Gestão Pública em Saúde.

A palavra sucesso provém do verbo suceder, significando fazer algo bem feito; fato posto, a garantia do sucesso deste livro é consequência inexorável da entrega pessoal dos seus autores, em benefício da coletividade; aqui existe possibilidade de aprimoramento técnico constante e de envolvimento com o assunto, dadas a seriedade e a competência, digna de nota, de seu organizador principal.

A leitura será muito prazerosa!

ARSÊNIO SALES PERES

Professor Associado da Faculdade de Odontologia de Bauru, USP

LISTA DE AUTORES E TITULAÇÃO

Adriana Dantas da Costa

Fonoaudióloga Prefeitura Municipal de São Carlos, Mestranda Mestrado Profissional em Od. Saúde Coletiva, FOP UNICAMP

Alana Cristina Guisilini

Cirurgiã-Dentista, Responsável Técnica Programa de Saúde Bucal DSEI Xingu/SESAI/MS, Especialista Saúde Indígena – UNIFESP, Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva - FOP/ UNICAMP

Aline Amaro Damasceno

Cirurgiã-dentista - Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, Residência Multiprofissional em Saúde da Família - UNESP/Botucatu, Especialista em Odontopediatria- UEL e Saúde da Família – UNIFESP, Mestranda MP Odontologia em Saúde Coletiva - FOP/UNICAMP, Docente do Curso de Odontologia Faculdade Cathedral / Boa Vista – RR

Alexandre Bergo Guerra

Cirurgião dentista da Prefeitura Municipal de Campinas, Especialista em Saúde Coletiva- FOP/ UNICAMP, Mestrando MP em Odontologia em Saúde Coletiva - FOP/ UNICAMP

Ana Carla Fujisawa Ferreira de Sá

Cirurgiã – Dentista, Coordenadora do Centro de Especialidades Odontológicas Ouro Verde- Campinas/ SP, Especialista Saúde da Família – UNIFESP, Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva- FOP/ UNICAMP

Ana Maria Saraiva Delgado

Enfermeira da Prefeitura Municipal de Piracicaba/ SP, Professora ETEC Paula Souza, Especialista Saúde Pública e em Enfermagem do Trabalho- UNIFESP, Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva –FOP/ UNICAMP

Antonio Carlos Pereira

Mestre e Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP; Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP

Assahito Joel Sakamoto

Graduação em Odontologia pela FORP USP, Assistente Técnico de Saúde no DRS de Ribeirão Preto/ SES SP, Especialização em Serviços de Saúde Hospitalar pela Universidade Nove de Julho, Especialização Executivo em Saúde, Fundação Getúlio Vargas e Curso Osvaldo Cruz, Mestrando MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Beatriz Azeredo Pacheco Bartalotti

Cirurgiã- Dentista da Prefeitura de Sorocaba/ SP e Alumínio/ SP
Mestranda Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Darlene Glória de Ávila Ferreira

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba; Mestre MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Denise Cristina Bráulio Simpriano

Cirurgiã Dentista ; Mestre MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Denise de Fátima Barros Cavalcante

Cirurgiã Dentista, Especialista em Saúde Coletiva e Gestão Financeira em Saúde, Ex Secretária de Saúde e Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Condado-PE e ex-coordenadora de saúde

bucal de Limoeiro, PE; Mestranda do Curso de PG em Odontologia em Saúde Coletiva da FOP UNICAMP

Denise Sguarezi

Farmacêutica, Mestranda Curso de Pós Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva - FOP/ UNICAMP

Eduardo Tanajura de Faria

Cirurgião-Dentista, Especialista em Gestão em Saúde - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ e pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Especialista em Saúde da Família – UNIFESP, Mestrando MP em Odontologia em Saúde Coletiva - FOP/UNICAMP

Elaine Regina Defavari

Enfermeira Prefeitura Municipal de Piracicaba, Mestranda Mestrado Profissional em Od. Saúde Coletiva, FOP UNICAMP

Emílio Prado da Fonseca

Dentista, Especialista em Gestão Pública de Serviços de Saúde, Mestre em Odontologia e Doutorando do PPG em Odontologia da FOP UNICAMP

Erika Tanck

Enfermeira da Prefeitura de Piracicaba/ SP; Especialista Saúde da Família – UNIFESP; Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Evely Sartorti da Silva

Cirurgiã Dentista da Prefeitura de Jundiaí/ SP, Especialista em Periodontia - FOP/UNICAMP, Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva - FOP/UNICAMP

Fábio Luiz Mialhe

Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP, Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pela FOP UNICAMP

Fernando Rosário de Sousa

Educador Físico e Historiador; Mestre MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Flávia Maschietto

Especialista em Gestão da clínica nas redes de atenção à saúde e em Gestão Pública em saúde coletiva, Coordenadora da Assistência Farmacêutica no município de Holambra-SP e Farmacêutica assistencial no município de Santo Antônio de Posse-SP, Mestranda do MP em Odontologia em Saúde Coletiva pela FOP-Unicamp

Isabella Mantovani Gomes Dias de Oliveira

Cirurgiã- Dentista da Prefeitura de Campinas - SP (Apoio Institucional), Especialista em Saúde da Família – UNIFESP, Especialista em Saúde Coletiva - São Leopoldo Mandic, Especialista em Bioética - PUC RIO, Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Jaqueline Vilela Bulgareli

Cirurgiã Dentista; Especialista Saúde da Família – FAMEMA; Mestre MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP; Doutoranda em Saúde coletiva PPG em Odontologia FOP/ UNICAMP

João Peres Neto

Cirurgião- Dentista, Coordenador Saúde Bucal – Ubirajara/ SP, Mestrando Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

João Alves dos Santos Neto

Cirurgião Dentista, Assessor Técnico - Jandira/ SP
Especialista Gestão Pública em Saúde - Santa Casa de São Paulo

Juliana Natívio

Cirurgiã-Dentista da Prefeitura de Campinas - SP (Apoio Institucional), Especialista em Saúde Coletiva - FCM/Unicamp, Mestranda em Odontologia em Saúde Coletiva - FOP/Unicamp

Jussara Moraes Hatae Campoville

Enfermeira, Especialista em Auditoria dos Serviços de Saúde e Gestão Pública de Saúde, Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP, Enfermeira Auditora Secretaria Municipal de Saúde – Bastos/SP

Karina Corrêa

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba; Mestre MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Lívia Fernandes Probst

Especialista em Saúde Coletiva e em Atenção Primária à Saúde, Cirurgiã-dentista na Prefeitura Municipal de Saúde de Vitória-ES; Mestranda em Odontologia em Saúde Coletiva pela FOP- Unicamp

Luciane Miranda Guerra

Especialista em Saúde Coletiva pela FOP UNICAMP, Mestre em Odontologia Legal e Doutora em Saúde Coletiva pela FOP UNICAMP, Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP

Luiz Fernando Galvão Ferrari

Cirurgião Dentista, Especialista em Gestão Pública de Saúde, Coordenador Municipal de Saúde Bucal – Angatuba/SP, Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Angatuba/SP (2005 a 2009)

Luís Fernando Nogueira Tofani

Cirurgião-Dentista, Secretário de Saúde de Mauá / SP, Especialista em Saúde Coletiva - PUCCAMP e Gestão Pública - IG/UNICAMP, Mestrando Curso de Pós Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva - FOP/ UNICAMP

Marcelo de Castro Meneghim

Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP, Mestre e Doutor em Odontologia Social pela FOA UNESP

Mariângela Di Donato Catandi

Médica de PSF da Prefeitura de Piracicaba/SP, Otorrinolaringologista do CEPAE/FOP/UNICAMP, Especialista em Otorrinolaringologia - USP/RP

Maurício Massayuki Nambu

Farmacêutico e Bioquímico pela Universidade Estadual de Londrina/PR, Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva pela FOP/UNICAMP/SP, Especialista em Assistência Farmacêutica pela UNAERP/Ministério da Saúde, Especialista em Saúde Pública pela FANORPI/PR, Docente das Faculdades Integradas de Ourinhos, Farmacêutico da Secretaria Municipal de Saúde de Ourinhos/SP

Nelo Augusto Poletto

Cirurgião Dentista, Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP, Coordenador Municipal de Saúde Bucal – Candido Mota/SP

Patrícia Xavier da Costa Nobre

Mestranda em Saúde Coletiva pela FOP-Unicamp, Especialista em Saúde Coletiva, em Odontopediatria e em Ortopedia Funcional dos Maxilares, Cirurgiã-dentista na Prefeitura Municipal de Saúde de Cuiabá-MT

Priscila Nicoletti Neves Camargo

Enfermeira da Prefeitura Municipal de Itapeva-SP; Especialista Saúde Pública - UNICSUL e Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde - Sírio Libanês; Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Rafaela Mossarelli Penedo

Enfermeira da Estratégia Saúde da Família - Piracicaba/SP, Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – UFSCar, Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva - FOP/UNICAMP

Sonia Mara de Andrade

Especialista em Neuropsicologia com ênfase no ensino-aprendizagem, Enfermeira Responsável Técnica do Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira em Ponta Grossa-PR, Docente Colaboradora da Universidade Estadual de Ponta grossa – UEPG, Mestranda em Odontologia em Saúde Coletiva pela FOP - Unicamp

Stephen Kunihiro

Dentista; Diretor Executivo da NK Sistema de Informação em Saúde Ltda, Especialista em Saúde Coletiva e Saúde da Família FOP UNICAMP, Mestrando Curso PG em Odontologia em Saúde Coletiva FOP UNICAMP

Valéria de Araújo Machado

Enfermeira do Grupo de Vigilância Epidemiológica XXXII- Itapeva/ Secretaria de Estado da Saúde/SP, Especialista em Pedagogia do Ensino da Enfermagem – FIOCRUZ, Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Valéria Silva Cândido Brizon

Cirurgiã dentista - UFMG ; Especialista em Saúde Coletiva - FOP-UNICAMP; Mestre em Odontologia na área de Saúde Coletiva - UFMG ; Mestre Profissional em Odontologia na Saúde Coletiva - FOP-UNICAMP; Doutoranda PPG em Odontologia na Saúde Coletiva – FOP-UNICAMP

Wander Barbieri

Cirurgião-Dentista do Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein-Prefeitura Municipal de São Paulo, Especialista em Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública/USP, Mestrando MP em Odontologia em Saúde Coletiva- FOP/UNICAMP

Seq	Capítulo	Autores
1	Política Pública de Saúde no Brasil: antecedentes e perspectivas	Luciane Miranda Guerra Denise Cavalcante Ana Maria Saraiva Delgado Erika Tanck Mariângela Di Donato Catandi
2	Política e Modelo Atual de Financiamento do SUS	João Alves dos Santos Neto Sérgio Luís da Costa Stephen Kunihiro Denise de Fátima Barros Cavalcante
3	O Estado Brasileiro e os Fundamentos da Administração Pública	Luís Fernando Nogueira Tofani Denise Sguarezi
4	Fundamentos Básicos de Epidemiologia e Utilização em Serviços de Saúde	Isabella Mantovani Gomes Dias de Oliveira Juliana Natívio Antonio Carlos Pereira
5	Planejamento e Programação em saúde	João Alves dos Santos Neto Sérgio Luís da Costa Stephen Kunihiro Denise de Fátima Barros Cavalcante
6	Tecnologias em saúde	Flávia Maschietto Lívia Fernandes Probst Patrícia Xavier da Costa Nobre Antonio Carlos Pereira
7	Organização da Atenção em Serviços de Saúde	Alana Cristina Guisilini Aline Amaro Damasceno Wander Barbieri Antonio Carlos Pereira
8	Organização da Demanda em saúde	Beatriz Azeredo Pacheco Bartalotti João Peres Neto Antonio Carlos Pereira
9	Humanização: Acolhimento e Vínculo	Lívia Fernandes Probst Sonia Mara de Andrade Antonio Carlos Pereira
10	Ações Transetoriais e Trabalho em Rede	Adriana Dantas da Costa Elaine Regina Defavari Antonio Carlos Pereira
11	Apoio Matricial	Alexandre Bergo Guerra Ana Carla Fujisawa Ferreira de Sá Antonio Carlos Pereira
12	Utilização dos sistemas de informações nos serviços de saúde	Priscila Nicoletti Neves Camargo Valéria de Araújo Machado Denise de Fátima Barros Cavalcante

13	Educação em saúde	Jaqueline Vilela Bulgareli Luciane Miranda Guerra Darlene Glória de Ávila Ferreira Denise Cristina Braulio Simpriano Fernando Rosário de Sousa Karina Corrêa
14	O Processo de Avaliação em Saúde	Eduardo Tanajura de Faria Rafaela Mossarelli Penedo
15	Gestão e Avaliação da Qualidade em Serviços de Saúde	Luciana Fernandes Volpato Luiz Cândido Martins Antonio Carlos Pereira Marcelo De Castro Meneghim
16	Vigilância Epidemiológica: Informações a serviço da prevenção e controle de problemas de saúde pública	Assahito Joel Sakamoto Evely Sartorti da Silva Antonio Carlos Pereira
17	Vigilância Sanitária no Âmbito do Sistema Único de Saúde	Emílio Prado da Fonseca Marcelo de Castro Meneghim Antonio Carlos Pereira
18	Controle Social	Jussara Moraes Hatae Campoville Luiz Fernando Galvão Ferrari Nelo Augusto Poletto Denise de Fátima Barros Cavalcante
19	A Regulação em Saúde	Luís Fernando Nogueira Tofani Antonio Carlos Pereira
20	Auditoria	Célia Regina Schmidt Andrea Ferreira Caria Buges Denise de Fátima Barros Cavalcante Marcelo de Castro Meneghim
21	Judicialização em Saúde	Maurício Massayuki Nambu Luciane Miranda Guerra
22	Geoprocessamento em Saúde	Emílio Prado da Fonseca Marcelo de Castro Meneghim Antonio Carlos Pereira
23	Evidência Científica para gestores de saúde	Valéria Silva Cândido Brizon
24	Promoção da Saúde e o ambiente de trabalho saudável	Fábio Luiz Mialhe

Sumário

Capítulo 1 – Política Pública de Saúde no Brasil: antecedentes e perspectivas	17
Capítulo 2 – Política e Modelo Atual de Financiamento do SUS	49
Capítulo 3 – O Estado Brasileiro e os Fundamentos da Administração Pública	91
Capítulo 4 – Fundamentos Básicos de Epidemiologia e Utilização em Serviços de Saúde	117
Capítulo 5 – Planejamento e Programação em saúde.....	139
Capítulo 6 – Tecnologias em saúde	171
Capítulo 7 – Organização da Atenção em Serviços de Saúde	193
Capítulo 8 – Organização da Demanda em saúde	213
Capítulo 9 – Humanização: Acolhimento e Vínculo	235
Capítulo 10 – Ações Transeitoriais e Trabalho em Rede.....	261
Capítulo 11 – Apoio Matricial	279
Capítulo 12 – Utilização dos sistemas de informações nos serviços de saúde.....	293
Capítulo 13 – Educação em saúde	311
Capítulo 14 – O Processo de Avaliação em Saúde.....	329
Capítulo 15 – Gestão e Avaliação da Qualidade em Serviços de Saúde.....	355
Capítulo 16 – Vigilância Epidemiológica: Informações a serviço da prevenção e controle de problemas de saúde pública	383
Capítulo 17 – Vigilância Sanitária no Âmbito do Sistema Único de Saúde.....	412
Capítulo 18 – Controle Social.....	436
Capítulo 19 – A Regulação em Saúde.....	454
Capítulo 20 – Auditoria	473
Capítulo 21 – Judicialização em Saúde	502
Capítulo 22 – Geoprocessamento em Saúde	525
Capítulo 23 – Evidência Científica para gestores de saúde.....	547
Capítulo 24 – Promoção da Saúde e o ambiente de trabalho saudável	573

CAPÍTULO 1 – POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: ANTECEDENTES E PERSPECTIVAS

Autores:

Luciane Miranda Guerra

Mestre em Odontologia Legal e Doutora em Saúde Coletiva pela FOP UNICAMP, Docente do Departamento de Odontologia Social

Denise de Fátima Barros Cavalcante

Cirurgiã Dentista, Especialista em Saúde Coletiva e Gestão Financeira em Saúde, Ex Secretária de Saúde e Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Condado-PE e ex-coordenadora de saúde bucal de Limoeiro, PE; Mestranda do Curso de PG em Odontologia em Saúde Coletiva da FOP UNICAMP

Ana Maria Saraiva Delgado

Enfermeira da Prefeitura Municipal de Piracicaba/ SP, Professora ETEC Paula Souza, Especialista Saúde Pública e em Enfermagem do Trabalho – UNIFESP, Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva –FOP/ UNICAMP

Erika Tanck

Enfermeira da Prefeitura de Piracicaba/ SP; Especialista Saúde da Família – UNIFESP; Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Mariângela Di Donato Catandi

Médica de PSF da Prefeitura de Piracicaba/SP, Otorrinolaringologista do CEPAE/FOP/UNICAMP, Especialista em Otorrinolaringologia – USP/RP

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos do capítulo

Este capítulo pretende descrever e discutir a evolução dos modelos de atenção e assistência em saúde no Brasil desde o período colonial até os dias atuais, bem como a construção do Sistema Único de Saúde, sua historicidade, princípios, desafios e perspectivas.

Ao final dessa leitura, espera-se que o leitor:

- Reconheça o processo histórico da saúde no Brasil
- Conheça o processo de construção do Sistema Único de Saúde
- Identifique as fragilidades, desafios, potencialidades e perspectivas do Sistema Único de Saúde no Brasil

Conteúdo Programático

Considerações Iniciais

Revisão histórica da Assistência em Saúde no Brasil

Movimento pela Reforma Sanitária e a construção do SUS

Pacto pela Saúde

Decreto 7508/2011: um salto para a Regionalização em saúde

Considerações finais

Leitura Obrigatória

Roncalli, AG. 2003. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed 28-49.

COSEMS (Conselho dos Secretários Municipais de saúde). SUS e Cosems: Da Constituinte 1988 ao Decreto 7.508/2011. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/25-Anos.pdf>. Acesso em: 02 de setembro de 2015.

Leitura complementar

Risi Jr. JB e Nogueira RP. As condições de Saúde no Brasil. In: Finkelman J. Caminhos da saúde pública no Brasil. Editora FIOCRUZ, 2002.

Atividades

1. Descreva como estão estabelecidos os equipamentos de saúde em seu Município
2. Como o Município deve se organizar para atender aos princípios e diretrizes do SUS?
3. Quais os pontos de fragilidade encontrados no atendimento à saúde em seu Município?
4. Assista ao vídeo: Políticas de Saúde no Brasil.

Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=VvvH4bd3JQE>

1. Considerações Iniciais

O estudo das políticas de saúde é de grande relevância para se compreender melhor uma sociedade. A forma como se dá a relação do Estado com os indivíduos no tocante ao bem maior de todos que é a vida, reflete o modelo de política social adotada – mesmo que nem sempre assumida – por esse Estado.

No entanto, a tarefa de estudar a saúde pública requer bem mais do que apenas o conhecimento da estrutura e das relações existentes no seu sistema de prestação de ações e serviços. Conforme Merhy (2014), é necessário o estudo da natureza das relações sociais estabelecidas no local e no tempo, bem como das opções políticas que se desenham pelas forças sociais. Somente assim se pode compreender a saúde pública enquanto política social.

Nesse sentido, o presente capítulo guiará o leitor pela história das Políticas Públicas em Saúde no Brasil e seus respectivos modelos assistenciais, passando pela descrição das forças políticas e sociais atuantes em cada período histórico. Com isso, espera-se induzir reflexões e estabelecer conexões entre o passado, o presente e as perspectivas futuras.

O presente estudo, portanto, considera a relação direta entre a evolução política, social e econômica da sociedade brasileira e a evolução das políticas de saúde.

Além disso, leva em conta (Polígano, 2001):

- A influência do capitalismo internacional, sempre norteador a evolução da sociedade brasileira;
- O fato de que a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do Estado brasileiro.
- Historicamente as ações de saúde sempre focalizaram grupos e regiões de interesse da estrutura social vigente, deixando à margem grupos dispersos e não organizados
- O direito à Saúde, no Brasil, é resultado exclusivamente de lutas, organização e reivindicação dos trabalhadores, e não de empenho de forças do Estado;

A fim de focalizar esse estudo nos modelos oficialmente adotados pelo Estado brasileiro e suas influências e interferências no momento atual, faremos uma breve “*passagem*” pelo período anterior a república velha (1500 até 1889) e, em seguida, uma abordagem da ação e da postura do Estado brasileiro em relação à saúde da população em cada momento histórico.

2. 1500 até a República

Desde o seu descobrimento até a instalação do império, o Brasil não contava com nenhum modelo de atenção à saúde da população, nem tampouco com o interesse dos seus governantes em fazê-lo. Havia apenas os recursos da terra, como plantas e ervas e o conhecimento empírico de curandeiros e pajés.

No entanto, a chegada da família real ao Rio de Janeiro trouxe a necessidade da criação de uma estrutura sanitária mínima, já que se tratava da capital do império. Assim, delegaram-se atribuições sanitárias às chamadas *juntas municipais*, além de se fazer um controle dos navios e dos portos. Nisso se resumia toda a ação pública de saúde da época (Polignano, 2001).

Com exceção da corte, a alimentação da população em geral era precária e a limpeza da cidade era confiada aos urubus (Gomes, 2007).

Também eram escassos os médicos. No Rio de Janeiro, em 1789, só existiam quatro exercendo a profissão, e nas demais localidades, nenhum. Diante da carência desses profissionais, disseminaram-se pelo país os *Boticários*, os quais invariavelmente indicavam – eles mesmos – os fármacos (Salles, 1971).

Outra importante característica, que marcou as concepções de saúde, doença e cuidado nessa época era sua vinculação com crenças e fenômenos religiosos. O Brasil, colonizado por europeus, recebia, logicamente, as influências dos costumes e das crenças europeias. E, na Idade Média europeia, a religião cristã delineava a concepção da doença como resultado do pecado, assim como a cura como uma questão de fé. As ordens religiosas se encarregavam do cuidado de doentes e da administração do hospital, o qual, por empenho do cristianismo, se desenvolveu como um lugar de abrigo e conforto, e não exatamente de cura (Scliar, 2007).

3. República Velha

Com a proclamação da República, em 1889, o controle político ficou nas mãos dos grandes proprietários, estabelecendo-se o Coronelismo, que representava interesses capitalistas predominantemente agrários (Polignano, 2001).

A nascente economia exportadora de café na região Sudeste no início do século XX revelou a necessidade de melhoria das condições sanitárias. Dessa forma, o controle das endemias e o saneamento dos portos e do meio urbano tornaram-se uma efetiva política de Estado. Essas ações, contudo, ficaram concentradas entre Rio de Janeiro e São Paulo, que era, então, o eixo exportador e administrativo da nação (Risi Jr. e Nogueira 2002).

O início do século foi, portanto, marcado pelo crescimento da atividade agro – exportadora cafeeira e, conseqüentemente, pela formação de um mercado de trabalho com integração produtiva entre os setores urbano e rural, mas fortemente composto, também, por imigrantes. Entre 1901 e 1920, entraram no país cerca de 1,5 milhão de estrangeiros. A preservação dessa “massa trabalhadora” num contexto de relativa escassez de oferta de trabalho, significava, portanto, uma garantia para o sucesso da política governamental, inclusive para a atração de força de trabalho estrangeira. Febre amarela, peste bubônica e varíola eram algumas das ameaças a esse projeto capitalista.

Nesse contexto, surgiram as primeiras ações de atenção à saúde, caracterizadas pelo controle focal dessas enfermidades. (Risi Jr. e Nogueira 2002).

No final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, o Estado de São Paulo recebeu importante corrente de imigrantes italianos e, em bem menor escala, de outras nacionalidades. A partir de 1908, iniciou-se outra grande corrente migratória, a dos japoneses. Os imigrantes italianos vieram principalmente para trabalhar na agricultura (café), substituindo os escravos negros que haviam sido libertados em 1888. Após alguns anos de trabalho nas plantações de café, os italianos, na grande maioria, mudaram-se para as cidades. O município de São Paulo recebeu muitos desses imigrantes e, no registro de óbito, como ainda atualmente, constava a nacionalidade do falecido.

As concepções europeias sobre saúde e doença, que caracterizaram o final do século XIX, ecoavam no Brasil no início do século XX, causando importantes impactos. A “Revolução Pasteuriana”, responsável pela identificação, cura e prevenção de diversas doenças impulsionou a chamada “Medicina Tropical”. Afinal, os países tropicais, da mesma forma que atraíam por suas riquezas, afugentavam mão de obra por suas epidemias. Empreendimentos, portanto, eram ameaçados pelas doenças transmissíveis endêmicas e epidêmicas (Scliar, 2007).

- No início do século XX, o Rio de Janeiro era conhecido como o “Túmulos dos Estrangeiros”. Era, portanto, um desafio ao desenvolvimento do país.
- Visando ter uma capital moderna o Presidente Rodrigues Alves estabeleceu como prioridades: o saneamento e a reforma urbana da cidade.
- Para isso, convidou o engenheiro Pereira Passos para a Prefeitura e o sanitarista Oswaldo Cruz para a Diretoria Geral de Saúde Pública

Nesse período, portanto, a nação brasileira sofria o impacto da mortalidade pelas epidemias de doenças transmissíveis, particularmente da febre amarela e da malária. Isso se refletiu nos principais canteiros de obras nos países periféricos, causando prejuízo ao comércio e dificultando a expansão do capitalismo. Consequentemente, o governo implantou o incentivo público às pesquisas biomédicas, em especial às doenças tropicais. As equipes de trabalho eram organizadas em moldes militares, capazes de intervir com disciplina e eficácia quando necessário. Iniciavam-se, assim, as campanhas sanitárias, que deram origem ao modelo Campanhista (Brasil, 2015).

Emílio Ribas, em São Paulo, e Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, iniciaram importantes campanhas para o combate da Febre Amarela e, em 1904, entrou em vigor a lei de vacinação compulsória contra a varíola (Risi Jr. e Nogueira, 2002).

Nesse período, a assistência médico-hospitalar se dava, em sua maioria, por entidades beneficentes e filantrópicas e pelas diversas mutualidades, principalmente os portugueses, os espanhóis e os italianos (Risi Jr. e Nogueira, 2002).

As campanhas sanitárias, desenvolvidas por Oswaldo Cruz demonstraram grande capacidade de articulação entre o conhecimento científico, a competência técnica e a organização do processo de trabalho em saúde. Estas obtiveram sucesso devido aos seus resultados no controle das epidemias; contudo, geraram movimentos populares de revolta em razão da sua compulsoriedade. Trabalhadores, organizados em suas associações, protestaram e organizaram a “Liga Contra a Vacinação Obrigatória”. Choques com a polícia, greves, barricadas, quebra-quebra e tiroteios nas ruas revelavam o levante da população contra o governo. E, dessa forma, em 13 de novembro de 1904 eclodiu a “Revolta da Vacina” (FUNASA, 2015).

Saiba Mais:

- No dia 13 de novembro de 1904 estourou a Revolta da Vacina.
- Tiroteios, greves, choque com a polícia, barricadas, quebra-quebra nas ruas. A população se levantava contra o governo.
- No dia seguinte, a escola Militar da Praia Vermelha aderiu à rebelião. Os cadets somente foram dispersados após intenso tiroteio.
- No bairro da Saúde, no Porto Arthur carioca, os protestos continuaram.
- O Governo decretou estado de sítio.
- No dia 15 de novembro o levante foi derrotado. O governo suspendeu a obrigatoriedade da vacina.

Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, fez inúmeros avanços na Saúde Pública, lançando diversas medidas de reestruturação da saúde, inovando o modelo companhista de Oswaldo Cruz que era puramente fiscal e policial (Benchimol, 2001; Finkelman, 2002; Polignamio, 2001).

MARCOS TEÓRICOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL		
De 1500 a 1889	República Velha (1889)	Início do Século XX
Nenhum Modelo de Atenção à Saúde;	Período marcado pelo Coronelismo e economia exportadora de café.	Com Oswaldo Cruz, combate à febre amarela
Com a chegada da família real ao Brasil, houve uma primeira indução à Políticas Sanitárias mínimas: controle de navios e portos;	Necessidade crescente de melhorias sanitárias para preservação da “massa trabalhadora”;	Lei da vacinação Compulsória;
Em 1789, existiam no Brasil apenas 4 médicos;	Primeiras ações de controle focal das enfermidades: febre amarela, peste, varíola.	Articulação do Conhecimento científico à Competência técnica e organização do processo de trabalho em saúde;
Forte vinculação religiosa para concepção da doença.	Empreendimentos ameaçados pelas doenças transmissíveis.	Pela compulsoriedade, estoura a Revolta da vacina;
		Carlos Chagas sucede a Oswaldo Cruz e inova o modelo Campanhista.

A preocupação do governo brasileiro com o trabalhador no início do século XX deu-se na perspectiva capitalista da produção, ou seja, o prejuízo causado pela ausência do doente nas lavouras e na incipiente atividade industrial colocava em risco o projeto capitalista nascente e, conseqüentemente, o projeto de poder das oligarquias. Da mesma forma, os portos, que representavam as vias de “drenagem” dessa produção necessitavam ser saneados. A construção das ferrovias – vias de distribuição – também representavam preocupação, dado grande número de mortes e epidemias que se deram nesses canteiros de obras.

As ações de saúde, nessa época, portanto, não estavam calcadas na seguridade dos indivíduos, ou em direitos humanos, mas na missão de proteger a produção e as aspirações oligárquicas.

A preocupação com a saúde no Brasil, na passagem do século XIX para o século XX não se deu pelo direito social ou pela dignidade humana, mas pelos interesses econômicos das elites em manter o trabalhador sadio para manutenção da produção, especialmente no contexto agrário (Brasil escola, 2015)

4. Saúde Pública X Medicina Previdenciária

As doenças infecciosas foram, portanto, o grande alvo das Políticas públicas de saúde no início do século XX, deixando de lado as doenças crônico-degenerativas. Essas últimas, contudo, embora não prioritárias a princípio, passaram a ser foco de reivindicações dos trabalhadores a partir da segunda década do século XX, os quais passaram a lutar em prol da instituição de mecanismos de seguridade social, como aposentadorias e pensões (Ponte et al, 2010).

Nesse período, junto aos imigrantes, chegavam também as primeiras ideias socialistas e anarquistas, as quais fomentavam a formação da classe operária brasileira (IPEA, 2015). Cresciam as reivindicações por melhores salários, jornada de trabalho de 08 horas, férias, fim do trabalho infantil e do noturno para mulheres, etc. E, como não poderia deixar de ser, também ocupava lugar nas reivindicações, a assistência médica. Nesse cenário, em 1917, após a morte de um jovem trabalhador pela polícia, eclodiu a Greve Geral. Iniciada em São Paulo, generalizou-se por todo o país, durou vários dias, e foi composta por operários da indústria têxtil e alimentícia, ferroviários e gráficos (Mundo Educação, 2015).

O estabelecimento de um canal de diálogo e negociação com a classe trabalhadora era, portanto, urgente e se deu na perspectiva da salvaguarda dos interesses produtivos e políticos.

Na agenda de tais negociações entre empregados e empregadores foi incorporada a atenção à saúde. Os arranjos que se deram nessas negociações delinearam – se como a uma nova vertente da assistência médica no Brasil, agora associada ao nascente complexo previdenciário. E, desse modo, iniciava-se a separação crescente entre a área da saúde pública – financiada pelos recursos do Tesouro Nacional – e o atendimento médico individualizado – propiciado pela medicina previdenciária – que por longo período se manteve pela contribuição de empregados, patrões e consumidores (Ponte et al, 2010).

Nesse contexto, surgiram, em 1923, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Também foi promulgada a Lei Eloy Chaves, considerada por muitos autores como o marco do início da Previdência Social no Brasil (Tomazi, 1986; Luz, 1991; Oliveira & Souza, 1997). Essas Caixas eram restritas ao âmbito das empresas e tinham a responsabilidade de fornecer serviços de assistência médica e de seguridade social aos trabalhadores e aos seus dependentes, em troca de contribuições mensais efetuadas pelos empregados e empregadores (Hamilton, 1993).

As empresas organizavam as CAPs e sua administração e financiamento eram feitos conjuntamente pelos empresários e pelos trabalhadores (Mendes, 1993; Cunha & Cunha, 1998). Entre 1923 e 1930 foram criadas mais de 40 CAPs cobrindo mais de 140 mil beneficiários (Mendes, 1993). A assistência médica era a prerrogativa fundamental deste nascente sistema previdenciário. Foi estruturada uma rede própria de prestação de serviços (Mendes, 1993; Cunha & Cunha, 1998).

Políticas Públicas 1920-1960					
Período 1923-30	• Nascimento da legislação trabalhista; • Lei Eloy Chaves (1923); • Caps – organizadas por empresas, de natureza civil e privada, financiadas e gerenciadas por empregados e empregadores; • Assistência médica como atribuições das CAPs através de serviços próprios; • Sanitarismo Campanhista; • Departamento Nacional de Saúde Pública; • Reforma Carlos Chagas; • Criação do Ministério do Trabalho; • CLT	Período 1930-45	• IAPs organizados por categorias profissionais, com dependência do governo federal; • Corte nas despesas médicas, passando os serviços da saúde à categoria de concessão do sistema; • Auge do Sanitarismo Campanhista; • Serviço Nacional de Febre Amarela; • Serviço de Malária do Nordeste; • SESP (1942); • Constituição de 1946;	Período 1945-60	• LOPS (1960); • Estatuto do Trabalhador Rural; • Golpe de 1964/INPS (1966); • Crescimento dos gastos e esgotamento das reservas; • Incorporação da assistência sanitária à Previdência; • Uniformização dos direitos dos segurados; • Crescimento dos serviços próprios da Previdência; • Aumento de gastos com a assistência médica; • Convivência com os serviços privados, em expansão no período; • Sanitarismo Desenvolvimentista; • Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNRU (1956)

Fonte: Cunha e Cunha (1998); Roncalli, 2009

5. A Era Vargas

Com a revolução de 1930, deu-se a ascensão de Getúlio Vargas ao poder e a queda das oligarquias. Esse período foi marcado por profunda centralização do poder e maior participação estatal nas políticas públicas. O governo ditatorial caracterizou-se por medidas essencialmente populistas (Bertolli Filho, 1998).

Nesse contexto, uma nova forma de organização previdenciária surgiu, caracterizada pela participação do governo nesse sistema. Assim, as CAPs passaram a ser organizadas por categoria profissional, originando os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), agora com uma maior participação do componente estatal. Foram fundados vários IAPS, como: o Instituto dos marítimos (IAPM), dos comerciários (IAPC), dos bancários (IAPB) e dos industriários (IAPI) entre outros (Mendes, 1993; Cunha & Cunha, 1998).

A direção de cada IAP era designada a um funcionário executivo (presidente ou diretor), nomeado pelo presidente da República e com a assessoria de um colegiado, indicado pelos respectivos sindicatos, com representação igual de empregados e empregadores da categoria, variando entre quatro e oito membros (Malloy, 1986).

Os IAPs adotavam um modelo tripartite de financiamento, com contribuição dos trabalhadores, dos patrões e também da União. Esta última contribuía, nos IAPS, de forma direta (e não indireta como no caso das CAPs) e tal contribuição não poderia ser de valor inferior ao dos demais contribuintes (Fleury, 2007).

Entre os anos de 1930 e 1938, as linhas gerais do sistema de previdência foram desenhadas para serem “*parte integrante de uma estratégia maior de política estatal iniciada pelo regime Vargas*” (Malloy, 1986)

Houve, nessa fase, maior contenção de gastos. Com isso, a previdência teve um período de acumulação crescente, tornando a assistência um item secundário. Os Institutos formaram, então, um patrimônio considerável e a Previdência passou a participar de vários investimentos de interesse do governo (Mendes, 1993; Cunha & Cunha, 1998).

A despeito das regras norteadoras desse sistema, não havia padronização entre os institutos na oferta dos benefícios aos seus associados, nem tampouco em relação aos critérios de concessão, tornando-os mais ou menos atraentes. Isso somente fortaleceu o “corporativismo sindical”, já que as possibilidades de dispor de hospital próprio, obter crédito subsidiado para compra de moradia ou conseguir melhores pensões e aposentadorias, figuravam como conquistas da categoria. O Governo Vargas estimulava a competição entre os sindicatos, bem como a interlocução direta dos mesmos com o Estado (através do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio), pois isso lhe permitia o aprisionamento da “clientela previdenciária”, nas “mediações corporativas da barganha política” e, consequentemente, incapacitava tal “clientela” a atuar com consistência na reivindicação de melhorias no sistema (Vianna, 2000).

Houve, entanto, “brechas” que permitiram, mesmo no período duro e repressivo do Estado Novo, a audiência operária. De algum modo era possível que os trabalhadores apresentassem suas exigências e se fizessem ouvir. Assim, o sistema previdenciário organizado pelo Estado era tido, para trabalhadores e sindicatos, como de extrema importância, o que refletia sua força como instrumento de construção de alianças e adesões, extremamente eficiente na disseminação da imagem protetora de Vargas e de seu governo (Ponte et al., 2010).

Enquanto isso, a “área” da saúde pública, então separada da assistência médica, tinha suas ações voltadas para populações periféricas (Ponte et al., 2010). Já a assistência médica previdenciária agregava forças políticas importantes como sindicatos, partidos políticos, empresários, etc. Numa lógica corporativa, a promoção da saúde no país passou a ocorrer numa perspectiva em que as ações preventivas de caráter coletivo cediam lugar ao atendimento individualizado de cunho curativo

Posteriormente, o avanço tecnológico do pós-guerra fez aumentarem os custos da assistência médica; isso reduziu a autonomia do médico profissional liberal, fomentando a presença de grupos empresariais na saúde. O hospital passou a ser o centro do sistema; e a medicina previdenciária caracterizou-se por ser cada vez mais hospitalar, curativa e empresarial (Hamilton & Fonseca, 2003).

A transformação do modelo econômico e produtivo observada nesse período, refletiu-se na mudança do modelo de atenção à saúde. Com o declínio da cultura cafeeira das oligarquias e a ascensão – ainda que tardia – da economia industrial, o foco da atenção em saúde se deslocou do saneamento dos espaços de circulação para a manutenção do corpo do trabalhador, dada sua importância na cadeia produtiva (Mendes, 1993; Oliveira & Souza, 1997).

O *Sanitarismo Campanhista*, que marcou a Saúde Pública desde o início do século, caracterizou-se, na década de 1940, pela criação de serviços que buscavam controlar doenças que desafiam o desenvolvimento do país. Assim surgiram: o Serviço Nacional de Febre Amarela, o Serviço de Malária do Nordeste e o da Baixada Fluminense e o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), este responsável por ações sanitárias em regiões estratégicas, como a Amazônia, por exemplo, em razão da produção de borracha (Cunha & Cunha, 1998).

6. 1945 a 1964

Apesar de muitas contradições, o modelo previdenciário criado no primeiro governo Vargas, o qual por razões já expostas caracterizou-se por intenso corporativismo (estimulado pelo Estado), permaneceu intacto no período de 1945 a 1964. A heterogeneidade na oferta dos benefícios foi acentuada nesse período. Isso permitia a particularização de pressões e acordos políticos pelo corporativismo sindical (Vianna, 2000).

Mas também observa-se avanços importantes, pois as disputas político-partidárias, ocorridas nessas negociações, permitiram ganhos de autonomia, capazes de vencer os dispositivos reguladores instituídos no Estado Novo, em consonância com o clima democrático e o crescimento da movimentação social e política dos trabalhadores brasileiros entre 1945 e 1964 (Ponte et al., 2010).

Como consequência, houve uma ampliação significativa nas despesas dos institutos*. A lógica da capitalização deu lugar ao regime de repartição financeira, a assistência médica – até então entendida como “fim secundário” e restrita a períodos em que houvesse “disponibilidade de recursos mediante contribuição suplementar”, passa a oferecer vários serviços, dentre eles, serviço de atenção domiciliar (Viana, 2000), e muitos institutos ampliam sua rede própria de hospitais e ambulatorios, etc. (Ponte et al., 2010).

As mobilizações sociais e políticas que se deram nesse período impactaram nos Institutos. A União, ao invés de incrementar sua participação financeira nos mesmos, aumentou sua dívida com o sistema. Havia atrasos nas contribuições dos empregadores, o que não era deduzido de seu lucro, sendo repassados ao consumidor na medida em que os preços dos produtos aumentavam. Assim, e a partir de 1960, esse sistema, outrora tão capitalizado, tornou-se deficitário (Fleury, 2007).

Em 25 de julho de 1953 foi instituído o Ministério da Saúde (Paim, 2009).

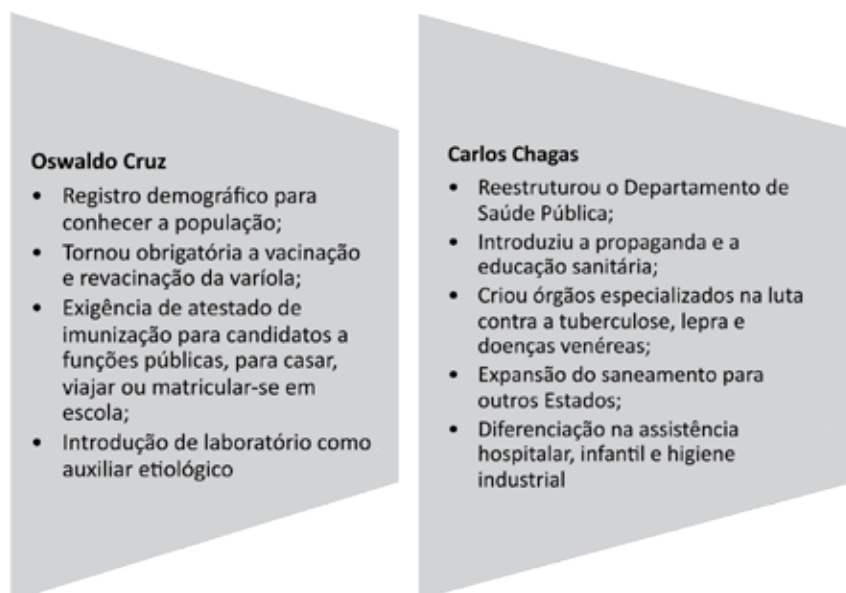


Figura 1. Comparação entre as Reformas de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas

Criado pelo autor, adaptado de: <http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>

* No modelo de repartição os trabalhadores ativos financiam, com suas contribuições atuais, as aposentadorias e pensões dos inativos e os demais serviços oferecidos, num sistema de solidariedade geracional. No sistema de capitalização, a própria contribuição anterior do trabalhador, potencializada em termos de investimento, ou seja, “capitalizada”, financia os benefícios ofertados.

A partir daí, o Ministério passou a assumir as atribuições do Departamento Nacional de Saúde sem, contudo, ter sua estrutura ampliada. Em 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais, responsável pelo controle das principais endemias do país (Malária, Leishmaniose, Peste, Doença de Chagas, Febre Amarela, etc). Já a Fundação Oswaldo Cruz se incumbia das investigações, pesquisa e produção de vacinas. A formação e capacitação de pessoal era responsabilidade da Escola Nacional de Saúde Pública e a Fundação SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública) atuava no campo do saneamento e da assistência médico sanitária aos Estados, realizavam ações relativas a demonstração de técnicas sanitárias, bem como pronta mobilização, quando necessária, em serviços de emergência (Brasil, 2015).

Com toda essa divisão de funções entre autarquias, fundações e outros órgãos do governo, os recursos do Ministério – tanto os financeiros, quanto os de pessoal – também ficavam dispersos e pulverizados, ficando alguns vinculados a órgãos de administração direta, outros às autarquias e fundações (Brasil, 2015).

E o cenário socioeconômico do país nesse período era alarmante: grande desigualdade em razão da baixa renda per capita e da alta concentração de riquezas. Naquele momento, uma proposta de redefinição do Ministério da Saúde ganhou corpo devido a perspectiva desenvolvimentista que norteava o planejamento em saúde. Nesse sentido, era proposta uma adequação da rede de serviços que fosse consonante com o desenvolvimento econômico que se vislumbrava (Brasil, 2015).

Em 1963, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a qual deu eco ao processo de municipalização, bem como para o reordenamento da rede de serviços, visando uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação (Brasil, 2015).

Entretanto, no ano seguinte, a tomada do poder central pelos militares anulou toda forma de descentralização. Ao contrário, a centralização do poder e o autoritarismo deram o “tom” dessa nova fase, que durou 21 anos.

7. Regime Militar (1964 a 1985).

Com o Golpe de 1964, o Regime Autoritário esvaziou toda forma de participação da sociedade no sistema previdenciário. O Estado passou, então, a ser o grande gerenciador do sistema de seguro social, na medida em que aumentou seu poder nas frentes econômicas – pelas alíquotas – e política – pelo controle governamental.

Os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (Oliveira & Teixeira, 1985, Mendes, 1993) em 1966, o qual fornecia assistência médica à população mediante a compra de serviços, preferencialmente de corporações médicas privadas. Hospitais e multinacionais fabricantes de medicamentos eram os fornecedores de eleição do governo. Originou-se, assim, o “complexo previdenciário médico-industrial”, composto pelo sistema próprio e o contratado (conveniado ou credenciado). Era clara a vinculação da Previdência aos interesses do capital nacional e internacional (Roncalli, 2003).

Em 1967, o presidente Castelo Branco promoveu uma reforma ministerial, atribuindo ao Ministério da Saúde a elaboração da Política Nacional de Saúde, além de cuidar das “áreas médica e paramédica”, ação preventiva de vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitária (Brasil, 2015).

Contudo, tal reforma não deu conta da realidade, uma vez que o resultado observado era de crise na saúde, devido aos recursos serem insuficientes, mal distribuídos, descoordenados, inadequados, ineficientes e inefcazes (Souza e Batista, 2012).

Na década de setenta, em meio aos abusos decorrentes do regime autoritário, emergiram sujeitos sociais que lutavam contra a ditadura. Nesse contexto, as reivindicações relacionadas a saúde no Brasil ganharam espaço. Estudantes, professores universitários, setores populares, entidades profissionais da saúde, e outros, clamavam por mudanças. Um dos mais importantes desdobramentos dessa luta foi a criação da CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) (Fleury, 1997).

A importância desse Centro no cenário da luta pelo direito a saúde no Brasil foi ser caracterizada, anos depois de sua criação, nas palavras da Profa. Sônia Fleury (1997) quando definiu a trajetória e os valores que orientaram (e orientam) as práticas na CEBES:

“[...] a necessidade de buscar na teoria a análise correta da realidade, de tal forma que seja possível gerar uma prática política capaz de transformá-la a partir de uma nova configuração desejada, um projeto consensualmente pactado entre as forças sociais que buscam a democratização da saúde e do Brasil.”

Na segunda metade da década de 70, portanto, o Movimento pela Democratização da Saúde, que se configurou no país, permitiu a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira. A fundamentação conceitual e a produção teórico-crítica que sustentaram esse movimento foram dadas pelos estudos e artigos publicados nas duas décadas anteriores, especialmente através da CEBES. Tal produção contempla, com distintas ênfases, os aspectos político-ideológicos, organizativos e técnico-operacionais da Reforma Sanitária (Fleury, 1997). Ao questionar a concepção de saúde vigente – restrita a dimensão biológica – e ao apontar as relações existentes entre a organização dos serviços de saúde e as estruturas sociais, o movimento prestou sua mais importante contribuição para a saúde no Brasil (Fleury, 1992).

“Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde.

A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.”

Arouca, 1998.

Um dos marcos do Movimento foi o papel desempenhado em favor da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde se pretendia consolidar, de forma democrática e participativa, os anseios da população brasileira em relação à saúde.

Nos anos de 1985 e 1986, o CEBES empreendeu um intenso movimento, por meio da revista “*Saúde em Debate*”, para defender a ideia do Movimento pela realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A Conferência aconteceu de 17 a 21 de março de 1986. O processo iniciou-se, previamente, pelos municípios envolvendo quase 50 mil participantes (BUSS, 1991) a fim de elaborarem as propostas nos níveis municipal e estadual. Mais de 4 mil pessoas participaram da Conferência em Brasília, sendo que destes, mil eram delegados escolhidos e/ou indicados pelas instituições, organizações e entidades como seus representantes (Sophia, 2012).

O relatório final dessa Conferência serviu como subsídio para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal – “Da Saúde”, o qual destacou o conceito ampliado de saúde como “direito de todos e dever do Estado”, assim definido:

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a ser-

viços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (...) A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (Brasil, 2015)

Além disso foram traçadas as diretrizes para a formulação de um Sistema de Saúde descentralizado e de direção Única.

No ano de 1987 algumas iniciativas foram adotadas no sentido de se implantar planos e projetos, cuja lógica, desenho e operacionalização atendessem aos princípios defendidos no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Estas experiências bem-sucedidas trouxeram “bagagem” para a futura implantação do SUS. Trata-se das AIS (Ações Integradas de Saúde) e do SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde) – precedente do SUS. As AIS, imprimiram aos municípios um novo papel na Saúde. Dentre as atribuições, estava a elaboração de um Plano Diretor para a assinatura de convênio com o Inamps para o recebimento de recursos financeiros.

Outro importante acontecimento desse período foi a criação dos COSEMS (Conselho dos Secretários Municipais de Saúde) e do CONASEMS (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde), os quais defendiam as bandeiras dos gestores municipais no cenário nacional. De 1985 a 1995 foi criada a maioria dos 27 Cosems que existem hoje (Pimenta, 2015).

8. 1988 – A Constituição Cidadã.

Em 1988 foi promulgada a Constituição, então denominada “Constituição Cidadã”, que incorporou grande parte das propostas da 8ª CNS no texto constitucional.



Figura 2: Ulysses Guimarães e a Constituição de 1988. Fonte: <http://www.abril.com.br/fotos/constituicao-brasileira-20-anos/>

Em relação à grande proposta da “saúde como direito”, o artigo 196 (Título VIII; capítulo II; Seção II) define:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

E, quanto a organização dos serviços, o artigo 198 define:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III. participação da comunidade. Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (Brasil, 1988).

Pôde-se admitir, então, que no plano jurídico-institucional a Reforma Sanitária conseguiu consolidar-se (Roncalli, 2008).

Estava criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Sua proposta universalista, resultante da elaboração feita pelo Movimento da Reforma Sanitária, bem como sua inserção no capítulo da seguridade social, rompeu e transformou para melhor o modelo de intervenção estatal no campo social moldado na década de 30 (Carvalho & Goulart, 1998).

O ano de 1989 foi marcado pela 1ª eleição direta após a ditadura militar. Em 1990, com a eleição de Fernando Collor de Mello para a presidência da república, cujas características eram conservadoras e neoliberais, a regulamentação dos temas da Constituição – prevista para ser feita em até 180 dias após sua promulgação – não ocorreu.

Em agosto de 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080), a qual foi profundamente “retaliada” pelos vetos presidenciais, particularmente nos itens relativos ao financiamento e ao controle social (Merhy, 1990).

Graças a muitas negociações promovidas por políticos e parlamentares envolvidos com a “causa” da Reforma Sanitária, uma nova lei – a 8.142 de dezembro de 1990 – foi aprovada pelo Congresso Nacional, recuperando alguns vetos. Dentre eles, instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias de Controle Social (Brasil, 2015). Assim, o que conhecemos hoje como a Lei Orgânica da Saúde (LOS) é o conjunto das leis 8.080 e 8.142 (Brasil, 1990 a,b).

Outra negociação complexa foi travada em relação a participação das empresas e grupos privados na saúde. A história já relatada demonstrou-nos que o capital privado havia crescido consideravelmente nas décadas de 70 e 80, como consequência do modelo de compra de serviços de saúde pelo Estado, bem como pela falência do modelo na década de 80, impulsionando pessoas a adquirirem planos e seguros de saúde. Tal crescimento continuava a ocorrer na década de 90. Era inegável, portanto, a participação desses grupos no gasto total em saúde no Brasil. Seu poder político também não era segredo. Paralelamente, era claro que diante dos cenários econômico e político existentes em 1990, o SUS não daria conta de toda a demanda assistencial nos moldes dos seus princípios. Assim, um dos anseios dos militantes da Reforma Sanitária – de que o Sistema fosse Único – parece ter sido, de certa forma frustrado, já que a Constituição da república admitiu a **Complementariedade do setor privado**. Estabeleceu, para tanto, condições, obviamente. Mas a participação de tais grupos atualmente traduz-se em pauta polêmica, já que sucessivos governos vêm beneficiando-os através de várias formas, dentre elas isenção fiscal e perdão de dívidas, o que, como consequência, vem impactando negativamente no financiamento do SUS até os dias de hoje. O assunto, por sua complexidade e extensão será melhor discutido em capítulos posteriores. Contudo, importa salientar que em razão dessa parti-

cipação, foi criada no governo Fernando Henrique Cardoso, *no ano 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão regulatório que visa, por definição regular e fiscalizar a atividade o setor de planos de saúde no Brasil.*

Os princípios do SUS

Segundo a LOS, o SUS tem princípios doutrinários e organizativos. Os doutrinários relacionam-se com a filosofia do Sistema, personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Já os organizativos relacionam-se com a sua operacionalização (Roncalli, 2003).

São princípios doutrinários: a Universalidade, a Integralidade e a Equidade. E organizativos: a participação social, a descentralização e a regionalização e hierarquização. Os princípios doutrinários devem nortear os organizativos e estes, por sua vez, orientam o funcionamento do Sistema.

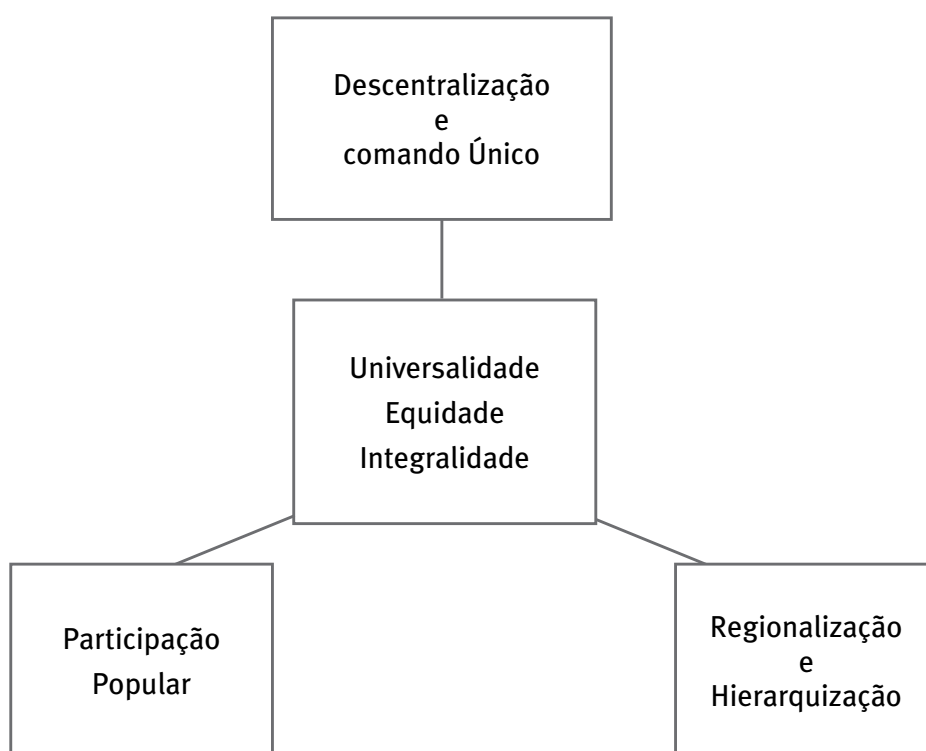


Figura 3. Princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde

A Universalidade

É o princípio doutrinário do SUS que traduz a saúde como um direito de cidadania. Esse princípio revela a oposição do Sistema ao caráter excludente das políticas até então adotadas no Brasil, as quais promoviam uma “cidadania regulada” (Roncalli, 2003). Através da universalidade, todos os cidadãos, independentemente de contribuição ou distinção de qualquer natureza, têm direito de acesso ao sistema. E, assim, se pode ter uma “cidadania plena”. Entretanto, como bem ressalta Paim (1987), direito à saúde não significa, necessariamente, direito à assistência à saúde; em verdade a última está incluída na primeira. O direito à assistência passa a ser, então, um constructo da cidadania. E, nesse sentido, a universalidade aponta para um modelo baseado na seguridade social nos moldes dos Estados de Bem-Estar (Roncalli, 2003).

A Equidade

É o princípio do SUS que assegura a justiça no acesso dos cidadãos aos serviços. Significa entender que diante das diferenças são necessárias ações e intervenções também diferentes, a fim de que se possa atingir de forma positiva os que mais necessitam. Por definição, equidade é: *“assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras”* (Brasil, 1990c).

É um princípio de justiça social. Se a estratificação social ocorre em função das desigualdades sociais, então há que se intervir de forma diferente entre os diferentes a fim de se buscar atenuar tais desigualdades. A equidade não significa, portanto, igualdade; mas ao contrário, traduz-se por intervenções diferenciadas que buscam compensar desigualdades.

Entretanto, como ressaltou Travassos (1997), o acesso igualitário às ações e serviços de saúde é fundamental; no entanto, isso não é suficiente para atenuar as desigualdades nos modos de adoecer e morrer entre distintos grupos sociais.

A Integralidade

Este é o princípio doutrinário mais intimamente ligado às práticas em saúde. Está embutido nos anseios da Reforma Sanitária quando esta trata da mudança paradigmática da saúde, propondo a substituição de práticas. Remete à atenção ao indivíduo como um todo indissociável, em que as partes se integram. Mas também remete à organicidade do sistema.

Do ponto de vista conceitual, a integralidade foi assim detalhada:

“(...) o reconhecimento na prática dos serviços de que:

- cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
- as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;
- as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (Brasil, 1990).”

E, quanto aos princípios organizativos, fica claro – especialmente num país de dimensões continentais como o Brasil – que quanto mais perto do fato (da pessoa doente, do agravo, da epidemia, dos problemas, das pessoas, enfim) a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Trata-se do princípio da **Descentralização**. Nesse sentido, redistribuíram-se as responsabilidades entre os entes federativos, redefinindo atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde, cabendo, inclusive, aos municípios, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos (Brasil, 1990).

Mas, se estamos tratando de um Sistema cujo berço é o da cidadania plena, então é necessário garantir a participação da sociedade na sua operacionalização. Dessa forma, instituiu-se como princípio organizativo a **Participação Social**, a qual deve se expressar tanto na elaboração, quanto no controle da execução das políticas de saúde.

Essa participação deve se dar através dos Conselhos de Saúde, os quais devem ter representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Além disso, são importantes fóruns de participação popular as Conferências de saúde. Mas, sobretudo, faz parte desse princípio o dever das instituições oferecerem as informações e conhecimentos necessários para que se estabeleça o posicionamento da população em relação aos assuntos que dizem respeito à sua saúde (Brasil, 1990).

Para que os princípios doutrinários possam ser cumpridos, é necessário, ainda, que se conheça – o melhor possível – os problemas de saúde de cada população. Isso favorece ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. Consequentemente, tende a aumentar a resolutividade das ações e do sistema. Também em função da almejada resolutividade, é preciso oferecer a cada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível. Para tanto, os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. **Trata-se da regionalização e hierarquização** do sistema (Brasil, 1990).

Diante dos princípios ora elencados, fica clara a vocação do SUS em ser um instrumento de cidadania, além de um poderoso sistema de inclusão social e de combate a desigualdade. Entretanto, a LOS por si só não poderia dar conta de todo o detalhamento necessário à operacionalização desse Sistema. Dessa forma, necessário se foi criar as Normas Operacionais, elaboradas para dar conta dos inúmeros desafios operacionais que se revelavam, a maior parte relacionada ao financiamento do Sistema. Assim surgiram as NOBs (Normas Operacionais Básicas) e a NOAS (Norma Operacional de Assistência à Saúde).

Políticas Públicas 1966-1980		
Período 1966-73	Período 1974-79	Período década de 80
• AI-5	• II Programa Nacional de Desenvolvimento	• Redemocratização
• Emenda Constitucional nº 01	• Ministério Previdência e Assistência Social	• Nova República
• Modernização autoritária	• Fundo de Assistência à Saúde	• Constituição / LOS
• Ampliação da cobertura previdenciária	• Sistema Nacional de Previdência e Assistência à Saúde	• Prev-Saúde
• Aumento dos gastos com saúde na previdência	• Disciplina concessão de benefícios; prestação de serviços e administração da previdência	• CONASP
• Extensão de cobertura	• Ampliação dos hospitais da rede privada	• Seguridade Social
• Modelo de compra de serviços	• Criação do INAMPS	• Crecimento da medicina supletiva
• Convênios com Med. Grupo	• Separação das ações de saúde pública e assistência	• Universalização
• Autarquização do MS	• Cuidados primários em saúde (Alma-Ata)	• AIS / Ba CNS / SUDS
• Dispersa em vários ministérios e em outros órgãos	• CEBES / ABRASCO	• Criação do SUS
		• Formalização do conceito amplo de saúde

9. Uma nova forma de financiamento da saúde (NOB e NOAS)

As NOB 01/91 e 01/92 não representaram progresso no processo de descentralização da Saúde, pois instituíram o pagamento por produção, enquanto que a LOS propunha o repasse com critérios populacionais e epidemiológicos. O governo federal repassava recursos aos Estados e municípios mediante a apresentação do registro de procedimentos realizados pelos mesmos, tornando-os meros prestadores de serviços (Casarin, 2009).

Vários acontecimentos marcaram o início dos anos 80 no que diz respeito ao financiamento à saúde, tornando desafiadora a tarefa de fazer sobreviver o recém-implantado SUS. Crises de diversas ordens (política, econômica, institucional, previdenciária, etc) compunham o cenário nacional e impactavam negativamente no financiamento do Sistema. Os detalhes do financiamento a saúde nesse período serão melhor elucidados em capítulo subsequente. Contudo, um fato não pode deixar de ser citado: as diversas crises que vitimaram o orçamento da Saúde originaram desassistência, evidenciando a importância de recursos próprios para a saúde.



Fonte: <http://www.infoescola.com/historia-do-brasil/fora-collor/>

Em 1992 o país estava imerso no caos econômico. O presidente Fernando Collor de Mello, acusado de corrupção e repudiado publicamente pelas massas populares, renunciou ao cargo de presidente para evitar a cassação e a perda de seus direitos políticos.

No bojo do movimento pelo impeachment do presidente ocorreu a IX Conferência Nacional de Saúde em Brasília. O CONASEMS liderou os municípios na organização do evento, cujo tema foi “*Municipalização é o Caminho*”. Segundo o saudoso Gilson Carvalho – sanitarista de fundamental importância na luta pela consolidação do SUS:

“Organizar um evento daquela magnitude, naquele momento, foi importantíssimo no contexto nacional da Saúde. Muita responsabilidade correspondida pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, tendo o COSEMS/SP como partícipe. Da conferência, saiu o grito uníssono de “Fora Collor”, que levou os conselheiros e gestores até o Congresso Nacional, numa das noites do evento. Pouco depois, o presidente caiu! E o Cosasems demonstrou, na prática, seu protagonismo integrado aos demais movimentos sociais”.

Mas em contrapartida ao protagonismo descrito acima, o que se desenhava no cenário da saúde era um quadro desafiador: falta de recursos financeiros, processos de trabalho calcados na produção em detrimento da qualidade, pouca ou nenhuma autonomia decisória dos municípios e outros.

Sob o slogan “Municipalização é o Caminho”, a IX CNS reafirmou a capacidade de articulação das forças políticas favoráveis ao SUS. Do ponto de vista prático debateu a elaboração de uma nova Norma

Operacional Básica, a NOB 01/93. Esta Norma finalmente imprimiu avanços na relação interfederativa do SUS. Extinguiu o Inamps, suas funções e atividades, as quais passaram a ser assumidas pelas instâncias federal, estadual e municipal do SUS. Além disso, estabeleceu o repasse financeiro “Fundo a Fundo” – ou seja, do Fundo Nacional de Saúde diretamente para os fundos municipais de Saúde (Cosems, 2015).

Mas ainda assim, muitas dificuldades eram encontradas pelos municípios para a operacionalização do Sistema. Gilson Carvalho, que presidiu o COSEMS SP em 1991, ressaltava que:

“Os municípios enfrentavam grandes limitações em suas equipes profissionais, pois não tinham, em geral, tradição de fazer planejamento, controle, avaliação, vigilância epidemiológica e sanitária. O forte era a atenção ambulatorial [...]” (COSEMS, 2015).

A NOB 01/93 significou um salto no processo de municipalização da saúde. Por isso foi intitulada de “*Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*”.

A nova sistemática dessa Norma implicava em mais recursos para a saúde o que significou a possibilidade de Estados e municípios poderem manter serviços próprios além de pagar os serviços comprados.

Outra importante consequência dessa Norma foi a criação das Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), possibilitando e fortalecendo a negociação, articulação e integração entre os três entes federativos, iniciando-se entre estes um Pacto (Casarin, 2009).

Também aconteceram grandes avanços em relação a gestão municipal do Sistema, já que foram estabelecidas 03 modalidades de gestão municipal: incipiente, parcial e semiplena. Em função da estrutura de serviços de que dispunha o município, ele assumiria determinadas ações de complexidade variável. Os quase 150 municípios que passaram a trabalhar com a gestão semiplena e que representavam cerca de 20% da população do País, passaram a ter repasse direto dos recursos federais e, consequentemente, maior autonomia sobre suas ações de saúde (Ferreira, 1998; Romano, 1998; Levcovitz, 2001).

Em 1996 foi instituída uma nova Norma Operacional – a NOB 01/96 – para dar conta do incentivo financeiro para o Programa Saúde da Família (PSF).

A Norma foi implementada em 1998 e instituiu o Piso de Atenção Básica (PAB) – com repasse automático, direto e regular. Estabeleceu recursos per capita, proporcionais à população dos municípios, além de incentivo financeiro para a implantação e custeio do Programa Saúde da Família (PSF) – estratégia de reorientação do modelo assistencial. Além disso, estabeleceu apenas duas formas de gestão: as gestões Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal de Saúde. Com isso, ampliou os instrumentos gerenciais para que os municípios deixassem de ser prestadores para tornarem-se efetivamente gestores do SUS (COSEMS, 2015).

A propósito da referida Estratégia – ou Programa – de Saúde da Família, seu surgimento se deu em face do cenário de fragmentação das práticas em saúde, caracterizado por dicotomia entre saúde pública e assistência médica, bem como entre saúde e doença; centralização do cuidado em saúde na figura do médico, hospitalização como praxis e “tecnologização” crescente das práticas. Tais características, portanto, desafiavam (e ainda desafiam) a consolidação de um Sistema de Saúde que se funda em princípios, para os quais as práticas necessitam ser antagônicas a essas.

Para fazer frente a esse desafio, alguns municípios do Brasil implantaram – durante ou mesmo antes da regulamentação do SUS – alguns modelos experimentais como as já citadas AIs, o SUDS e os SILOS (Sistemas locais de Saúde) – idealizados pela OPAS (Organização Panamericana de Saúde) e que se calçavam em: reorganização do nível central, descentralização e desconcentração, participação social, intersetorialidade, readequação dos mecanismos de financiamento, desenvolvimento de um novo modelo de atenção, integração dos programas de prevenção e controle, reforço da capacidade administrativa e capacitação da força de trabalho (Silva Jr., 1998).

São experiências que – algumas bem-sucedidas outras mal sucedidas – buscaram modificar as práticas tornando-as mais coerentes com os princípios do SUS.

Nesse contexto, em 1991 foi implantado no Nordeste do Brasil o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Seu impacto positivo na queda da mortalidade infantil e materna no Ceará o indicaram para modelo nacional (Aguilar, 1998; Goulart, 2002; Viana e Dal Poz, 2005; Ávila, 2007). Pela primeira vez nas práticas de saúde no Brasil o enfoque era dado na família e não no indivíduo (Viana e Dal Poz, 2005).

Com esses antecessores, em 1994 foi implantado no Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF), a fim de reafirmar e incorporar os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) pela reorganização da prática assistencial. Para tanto, adotou novas bases em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura das doenças. Seus princípios: – Caráter substitutivo: Novo processo de trabalho pautado na vigilância à saúde em substituição às práticas convencionais de assistência;

- Integralidade e Hierarquização: Inserção da Unidade de Saúde da Família (USF) no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde (Atenção básica), vinculada à rede de serviços. Deve ser assegurada referência e contrarreferência para os diversos níveis do sistema, segundo as necessidades de maior complexidade tecnológica.
- Territorialização e adscrição da clientela: Território de abrangência definido para o cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área, sendo recomendável 01 equipe para cada 4.500 pessoas.
- Equipe multiprofissional: Composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) (proporção média de um ACS para cada 550 pessoas acompanhadas) (Brasil, 2000).

Concebido inicialmente como Programa, o PSF foi, aos poucos, sendo tomado como prioritário dentro dos modelos propostos para a atenção básica e sua denominação passou a ser “Estratégia da Saúde da Família.”

Como ressalta Roncalli, em 2003, por um lado há argumentos que apontam favoravelmente em relação ao seu potencial de viabilizar a operacionalização da atenção primária em saúde; por outro, apontam o risco da segmentação de clientela e da ‘focalização’, com retrocesso e limitação dos princípios do SUS, em razão da orientação normativa das políticas públicas em tempos de crise fiscal.

Sobre o potencial modificador da estratégia de Saúde da Família, Franco e Merhy, em 1999, ressaltaram que não há garantias de que se rompa com o modelo de prática hegemônico médico-centrado, porque:

“Não há dispositivos potentes para isso, porque o Programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob o qual opera o serviço. Mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que, em última instância, é o que define o perfil da assistência”.

Além dos desafios impostos pelo novo modelo, da dificuldade de se transformar as práticas e quebrar paradigmas e modos hegemônicos de cuidado em saúde, havia (como ainda há), um outro desafio a ser considerado: a grande maioria dos municípios no Brasil era (e ainda é) de pequeno porte e, portanto, não possuía condições de assumir a crescente complexidade e incorporação de tecnologia na atenção à Saúde, principalmente no que se refere às ações de Média e Alta Complexidade. Isso impôs a necessidade de que os municípios se agregassem em regiões de saúde. Tal estratégia levou à discussão e elaboração da Norma Operacional da Assistência em Saúde (NOAS) de 2001.

NOAS – 2001

Essa Norma apontou para a necessidade da criação das Regiões de Saúde a partir de um desenho que levasse em conta as desigualdades de estrutura e oferta de serviços nos diversos níveis de Atenção entre os municípios vizinhos. Para organizar a regionalização, a NOAS criou então, as categorias: Município-Sede do Módulo Assistencial e Município-Polo, definidos a partir da capacidade instalada de serviços e da referência que representavam para os municípios de uma determinada região ou microrregião. Pela NOAS estava prevista, ainda, a elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR), elaborado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e submetido à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES) (COSEMS, 2015).

Em 2002 foi instituída a NOAS 01-02, que implementou a regulação da assistência, agora apresentada de forma mais completa. Esclareceu as responsabilidades do gestor municipal e as modalidades de gestão: gestão plena da atenção básica ampliada e gestão plena do sistema municipal, pressupondo que Estados e municípios organizassem suas estruturas de controle, regulação e avaliação. No entanto, a despeito dos esforços das três esferas de gestão na implementação da Noas 01/02 (Brasil, 2002), houve um certo descompasso nesse processo. Os Estados evoluíram em tempos diferentes na construção dos planos e programações. Era necessária uma nova estratégia de operacionalização do SUS no Brasil.

10. O Pacto pela Saúde

Diante desse desacordo evolutivo, ao final do primeiro mandato do governo Lula, em 2006, foi criado o Pacto pela Saúde, regulamentado pela Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (Brasil, 2006).

Composto por um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuadas entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), o Pacto pela Saúde teve o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Redefiniu, ainda, as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade. Sua implementação é dada pela adesão de municípios e Estados (CNS, 2006).

O Pacto pela Saúde supera a habilitação nas várias formas de gestão, vigentes até então. A partir do Pacto, todos são plenamente responsáveis pela Saúde. Municípios, Estados, Distrito Federal e União, com a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), expressam suas responsabilidades sanitárias. São definidas prioridades e metas, baseadas nos princípios constitucionais do SUS com ênfase nas necessidades de saúde das populações atendidas (COSEMS, 2015).

Seus objetivos foram elencados e as responsabilidades sanitárias e de gestão definidas por meio de três componentes: o pacto pela vida (PV), o pacto em defesa do SUS (Pdsus) e o pacto de gestão (PG) (Brasil, 2006).

O pacto pela vida é o compromisso selado entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. As prioridades elencadas foram (Brasil, 2006):

- Saúde do Idoso;
- Controle do câncer do colo do útero e da mama;
- Redução da mortalidade infantil e materna;

- Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- Promoção da Saúde.

O pacto em defesa do SUS expressa “o compromisso que os gestores do SUS selaram para o desenvolvimento e a articulação de ações cujo objetivo é qualificar e assegurar o SUS como política pública”. As iniciativas para tal são:

- Repolitização da saúde, com a retomada das discussões sobre os desafios atuais e futuros do SUS,
- As novas modalidades de gestão;
- A ampliação e o fortalecimento das relações com os movimentos sociais em prol da saúde e da cidadania;
- O controle social;
- A transparência de seu processo de fiscalização

Outras duas prioridades do Pacto em Defesa do SUS foram (e são): a garantia, em longo prazo, de aumento nos recursos orçamentários e financeiros para a Saúde e a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional (COSEMS, 2015).

O Pacto de gestão: estabelece as diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos de:

- Descentralização;
- Regionalização;
- Financiamento;
- Planejamento;
- Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- Regulação;
- Participação social e
- Gestão do trabalho e da educação na saúde

(Brasil, 2006)

A fim de “radicalizar” no processo de descentralização, o Pacto de Gestão do SUS estabeleceu claramente as responsabilidades e o papel das três esferas federativas. O objetivo foi o avanço na construção das Regiões de Saúde, de forma solidária e menos normativa e burocrática, do que ocorreu com a NOB-01/06 e NOAS. As formas de transferência dos recursos federais para estados, municípios e Distrito Federal também foram modificadas. As transferências, que antes do Pacto eram feitas em ações específicas, não havendo possibilidade de remanejamento pelos gestores municipais para suas necessidades específicas, passaram a ser integradas em apenas cinco grandes blocos de financiamento: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, com maior liberdade de manejo do recurso dentro dos blocos, segundo as necessidades (COSEMS, 2015).

Conforme ressaltou Fadel et al. (2009), o Pacto pela Saúde atendeu (e atende) aos legítimos anseios do Movimento pela Reforma Sanitária em busca da equidade social na saúde, uma vez que é uma alternativa real de avanços nas ações e serviços de saúde no Brasil.

Curiosidade

Assista ao vídeo:

<https://www.youtube.com/watch?v=cUTlrQCqQvs>

11. O Decreto 7.508/2011: um salto para a regionalização da saúde no Brasil.

A regionalização da saúde no Brasil foi experimentada em pequenas doses no decorrer da história do Sistema Único de Saúde.

A descentralização foi um processo marcante das reformas dos Estados Nacionais desde o final dos anos 1970 (Melo, 1996), justificada para aumentar a eficiência e a efetividade dos Sistemas de Saúde (Lima et al, 2012).

E, no Brasil não foi diferente. Sendo princípio organizativo do SUS, esteve presente na pauta da organização do Sistema e nas Normas que foram surgindo no decorrer das duas primeiras décadas da implantação do SUS, as quais foram paulatinamente conferindo maior autonomia na gestão à saúde para os municípios.

Contudo, ao se analisar o contexto mundial, percebe-se que países que experimentaram o mesmo processo, como Inglaterra, Alemanha, Itália, Espanha e Canadá, conseguiram articular a descentralização a processos de regionalização que possibilitaram-lhes organizar redes de atenção à saúde, além de garantirem o fortalecimento de autoridades sanitárias regionais (Bankauskaite et al, 2007). Nesse contexto, as atribuições dos governos locais são limitadas; no entanto, os níveis regionais expandem suas funções de planejamento e gestão (Lima et al, 2012).

No Brasil, assim como na América Latina em geral, a articulação entre descentralização e regionalização ocorreu em graus variados. E essa variação de articulação – *por vezes desarticulação* – tem contribuído com a fragmentação dos Sistemas de Saúde, o que se expressa em dificuldades no acesso aos serviços, baixa qualidade técnica, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, incremento desnecessário de custos de produção e baixa satisfação dos usuários (OPAS, 2010).

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são sempre de caráter hegemônico. Os dispositivos estão dispostos como pontos de atenção à saúde, isolados e sem comunicação uns dos outros, o que dificulta ou impossibilita a continuidade do cuidado. Geralmente não se trabalha com “população adscrita” e a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária e, consequentemente, os dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio ou os logísticos. Já os sistemas integrados representados por Redes de Atenção à Saúde (RAS) organizam-se pela coordenação dos pontos de atenção. A assistência é contínua e integral e a população é definida (Mendes, 2011).

Outra dimensão importante a ser analisada é a da estrutura. Nos sistemas fragmentados a estrutura é hierárquica (há relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis). O SUS é um exemplo disso. Isso pode apresentar sérios problemas teóricos e operacionais por estabelecer menor valor e peso a atenção primária e sobrevalorizar – seja material, seja simbolicamente – as práticas de maior densidade tecnológica dos níveis secundário e terciário (Mendes, 2011).

Além dessas características há várias outras que, segundo Mendes (2011), estabelecem as principais diferenças entre os Sistemas Fragmentados e os Sistemas Integrados e que podem explicar muitas das dificuldades de operacionalização, insucessos, falta de acesso e resolutividade e outros problemas que atravancam a qualidade e a resolutividade dos Sistemas de Saúde. O quadro abaixo elenca algumas dessas características;

Quadro 1: As características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde.

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela APS
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento..	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS.
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos.	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos.
População	Voltado para indivíduos isolados	Voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS.
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde.	Agente corresponsável pela própria saúde
A forma da ação do sistema	Reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias.	Proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada pessoa usuária, realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária e com busca ativa.
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas.

Fonte: Mendes, 2011

Além disso, é preciso considerar, como afirma Eugênio Vilaça Mendes (2011), que os sistemas se movem em direção dialética entre fatores contextuais (envelhecimento da população, transição epidemiológica e avanços científicos e tecnológicos) e fatores internos (como cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estrutura organizacional e estilo de liderança e de gestão), sendo que os contextuais mudam em ritmo mais rápido que os internos, os quais que estão sob a governabilidade setorial. Isso faz com que os sistemas percam a capacidade de adaptarem-se, em tempo, às mudanças contextuais, especialmente demográficas e epidemiológicas. E é aí que se instala a crise, pois foram concebidos e desenvolvidos na perspectiva da atenção a condições e eventos agudos e desconsideraram o contexto atual de epidemia de condições crônicas. Como consequência, temos uma situação de saúde do século XXI sendo respondida por um sistema de atenção à saúde desenvolvido no século XX. E, no Brasil, ressalta o autor, não é diferente, pois vivemos uma situação de tripla carga de doença, com forte predomínio das doenças crônicas e temos um Sistema de Saúde fragmentado e voltado para eventos agudos. A crise fundamental do SUS repousa, portanto, nesse descompasso. E, segundo Mendes, só será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas redes de atenção à saúde.

Diante desse cenário e, considerando-se que, mais de vinte anos após a criação do SUS ainda há lacunas legais, o poder executivo federal entendeu a necessidade de regulamentação de dispositivos da LOS que possam preencher tais lacunas e possibilitar a organização do sistema de acordo com seus princípios.

Dessa forma, em junho de 2011 foi instituído o Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei 8080/90, o qual define o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, considerando alguns elementos essenciais:

- Região de Saúde
- Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
- Portas de Entrada
- Comissões Intergestores
- Mapa da Saúde
- Rede de Atenção à Saúde
- Serviços Especiais de Acesso Aberto
- Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica

A fim de apresentar as linhas gerais dessa nova proposta de organização, serão brevemente comentados os elementos citados (Brasil, 2011b).

Região de Saúde

Composta por municípios limítrofes e delineada segundo identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. Têm a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Devem ser instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, podendo ser, inclusive, interestaduais. Serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos e estarão compreendidas no âmbito de uma ou mais Região (ões) de Saúde, de acordo com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores, sendo que os elementos a serem considerados para sua composição serão:

- limites geográficos;
- população usuária das ações e serviços;
- rol de ações e serviços que serão ofertados; e
- Responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)

Dentre os componentes desse Decreto está o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), cujo objetivo é dar transparência à gestão do SUS, uma vez que define – entre outros aspectos – as responsabilidades e as atribuições de cada ente federado na provisão de ações e serviços de saúde, os investimentos na rede de serviços, além dos critérios de avaliação dos resultados e formas de monitoramento permanente (Brasil, 2011).

Tendo em vista o caráter de “construção coletiva” do SUS, que se faz por uma articulação entre prestadores públicos e privados, profissionais de saúde, governo e sociedade civil organizada, fica clara a necessidade de se estabelecer meios – os mais claros possíveis – para se fazer o controle desse gigante sistema, tanto pela sociedade, quanto pelos órgãos de controle.

Nesse sentido, o COAP esclarece responsabilidades (competências e atribuições) dos entes federativos nas redes de atenção à saúde, garantindo maior segurança jurídica nas relações interfederativas. Tende, portanto, a aumentar, facilitar e até tornar mais eficiente a participação e controle da sociedade na organização do Sistema de Saúde. Da mesma forma, também se espera a otimização do trabalho dos órgãos de controle (Ministério Público e Poder Judiciário).

O COAP definirá as responsabilidades individuais e conjuntas dos entes federativos sobre as ações e serviços de saúde, bem como os indicadores, metas, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. A avaliação de desempenho da prestação das ações e serviços definidos no COAP será feita por meio dos indicadores nacionais de garantia de acesso, considerando-se especificidades locais e regionais. Para tanto, serão utilizados os seguintes parâmetros essenciais

- Identificação das necessidades de saúde locais e regionais;
- Oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;
- Responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;
- Indicadores e metas de saúde;
- Estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;
- Critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;
- Adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;
- Investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e
- Recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

E para garantir a gestão participativa, o COAP observará as seguintes diretrizes básicas:

- Estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;
- Apuração permanente das necessidades e interesses do usuário;
- Publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

Outros critérios contidos no COAP ainda preveem a humanização do atendimento como determinante para o estabelecimento das metas de saúde; o controle e a fiscalização do próprio COAP por meio do Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS e, que nos relatórios de gestão, haja seção específica relativa aos compromissos assumidos no COAP. Além disso, os dados sobre o COAP deverão ser lançados no Sistema de informação em saúde, e disponibilizados aos Conselhos de Saúde para monitoramento.

Portas de entrada para o Sistema:

- Atenção primária,
- Atenção de urgência e emergência,
- Atenção psicossocial
- Serviços especiais de acesso aberto (atendimento diferenciado por motivo de agravo e de situação laboral)

Podem, contudo, ser pactuadas outras portas de entrada pelos entes federativos nas suas Comissões Intergestoras.

Comissões Intergestores

A organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde serão pactuados pelas Comissões Intergestores (Bipartite e Tripartite), sendo que nestas, os gestores serão representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS.

Mapa de Saúde

Deverão ser elaborados Mapas de saúde regional, estadual e nacional. Os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, devem ser considerados no planejamento e deverão compor tais Mapas da Saúde, os quais serão utilizados na identificação das necessidades de saúde e orientarão o planejamento integrado, contribuindo para o se estabelecer metas de saúde.

Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica

Para proporcionar um meio de seguimento e acompanhamento dos resultados terapêuticos por parte dos gestores do SUS, serão elaborados documentos estabelecendo critérios para diagnóstico da doença/agravo à saúde; o tratamento preconizado, as posologias recomendadas e os mecanismos de controle clínico.

12. Considerações Finais

Ao final desse estudo é possível confirmar os seus pressupostos iniciais sobre a relação entre a saúde pública e as opções políticas, desenhadas pelas forças sociais.

A história da saúde no Brasil reflete – como já era de se esperar- as opções políticas, sociais e econômicas de cada época. E, portanto, reflete a história do país.

Considerando-se que desde o Brasil Colônia até os dias atuais nossa história tem se desenhado calcada em modelos distintos (sociais, econômicos e políticos), que foram se alternando ou se substituindo, assim também a saúde foi experimentando diversos modos de organização.

O fato é que entramos no século XXI como o único país com mais de 100 milhões de habitantes que possui um Sistema público universal de Saúde (Brasil, 2015). A despeito das imensas dificuldades de financiamento e operacionalização do Sistema, das práticas em saúde ainda calcadas no paradigma biomédico e medicalizante, do sistema fragmentado, de processos de trabalho verticalizantes, é incontestável o “gigantismo” da produção de serviços e ações no SUS. Também não se pode negar o substantivo progresso em relação aos indicadores de saúde no Brasil, por exemplo a queda de 50,8% na mortalidade infantil entre os anos 2000 e 2010 (Brasil, 2012); o significativo acesso à atenção básica pela Estratégia de Saúde da Família, que hoje contempla 56% da população (Brasil, 2015) e outros. E também é fato o aumento da expectativa de vida do brasileiro, que passou, de 69,4 anos em 1998 para 74,9 anos em 2013 (IBGE, 2015).

Ao analisarmos a história ora apresentada nesse estudo, deparamo-nos com uma situação caracterizada, em sua essência, pela resistência do Sistema. Ou seria resiliência?

Trata-se de um Sistema de Saúde, cuja origem se deu num período de ditadura militar em que os espaços de discussão eram inexistentes e havia total esvaziamento popular nas decisões governamentais. Surgiu, portanto, legitimamente, de movimentos populares organizados, num ideal de resistência e anseio pela democratização da sociedade. *Sobreviveu*, já no seu nascimento, à um projeto neoliberal contrário aos seus princípios e tem sobrevivido às sucessivas e aviltantes quedas nos recursos para o seu financiamento.

Por ser eminentemente público e traduzir uma política de saúde baseada na universalidade e na equidade, é oposto à lógica de Estados neoliberais. E o Brasil, desde que se tornou uma democracia no final da década de 80, tem passado por sucessivos governos que (ora mais ora menos) têm se caracterizado pela adoção de políticas econômicas de cunho neoliberal, o que têm impactado negativamente no financiamento do Sistema, negando-lhe, inclusive, garantias que são constitucionais, como por exemplo, os 30% do orçamento da Seguridade Social, que nunca lhe foram conferidos.

Além de todas as dificuldades relacionadas está, ainda, a operacionalização de um Sistema que se assenta na integralidade e, entretanto, tem como precedentes modelos seculares hospitalocêntricos, biologicistas, hegemônicos e cujo paradigma biomédico hegemônico ainda impera reforçando, inclusive, campanhas classistas que atravancam qualquer tentativa de construção de processos de trabalho contra-hegemônicos.

O empenho na descentralização do Sistema traduziu-se em ganho de autonomia e protagonismo pelos municípios. Mas a relação entre os entes federados, a regionalização solidária, o pacto interfederativo não ocorreram, ou não se deram na mesma proporção da municipalização da saúde. E estabeleceu-se assim um descompasso entre a autonomia teórica dos municípios e sua capacidade prática de resolver os problemas dos usuários que, efetivamente, “nascem, adoecem e morrem no município”.

O momento atual, assim como outros momentos passados, é crítico e ao mesmo tempo promissor para o SUS.

Se por um lado o Sistema é aviltado a todo momento com a falta de recursos (que lhe são de direito, mas não lhe chegam de fato), com medidas legislativas acintosas como a recente aprovação, pelo Congresso Nacional, do Orçamento Impositivo – que reduz ainda mais os recursos já insuficientes da Saúde – e outros; por outro lado, a regionalização da Saúde nunca se fez tão próxima e possível. A atual composição de algumas redes temáticas como a Rede Cegonha (Rede de atenção materno – infantil), a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), a RAU (Rede de Atenção às Urgências), acenam para novos tempos em que começamos a vislumbrar a integralidade em saúde no Brasil.

Conhecer e reconhecer a potencialidade do Sistema Único de Saúde, seja pela sua base teórico-conceitual – assentada no modelo do Estado de bem estar social – seja por sua capacidade de resistência às adversidades impostas pelos governos neoliberais em que esteve inserido até hoje no Brasil, é fundamental para que se possa olhar para trás e ver que toda a luta do Movimento pela Reforma Sanitária não foi em vão. Mas identificar suas fragilidades, especialmente as características paradig-

máticas que marcaram modelos anteriores e ainda se encontram nas práticas atuais, é fundamental para olharmos para frente.

Superar o paradigma hegemônico originado nos modelos passados é tarefa necessária. Vencer os interesses neoliberais que se contrapõem aos princípios universalistas do SUS é tarefa urgente.

13. REFERÊNCIAS

- Aguiar DS. A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma? Rio de Janeiro, 1998. 160p. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.
- Arouca, S. Reforma sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. Biblioteca, 1998. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/Artigo/Imprimir/38825>. Acessado em: 29 de agosto de 2015.
- Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama Rev. Ciência e Saúde Coletiva. 2007. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1318. Acesso em janeiro de 2009.
- Bankauskaite V, Dubois HFW, Saltman RB. Patterns of decentralization across European health systems. In: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K, organizadores. Decentralization in health care: strategies and outcomes. Maidenhead: Open University Press; 2007. p. 22-43.
- Bertolli Filho C. História da saúde pública no Brasil. 2ed. São Paulo: Ática, 1998. 71p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Cronologia Histórica da Saúde Pública. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>. Acessado em 22 de julho de 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. Rev Saúde Pública 2011;45(6):1206-7
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006a.
- Brasil. Lei 8.080/90. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de setembro de 1990a.
- Brasil. Lei 8.142/90. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de dezembro de 1990b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília, 1990c. 20p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/psf>. Acesado em: em 11 jul. 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília, 1990c. 20p.
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília. 1988.
- Buss PMA. IX Conferência Nacional de Saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 297-300, jul./set. 1991.
- Carvalho AI, Goulart FAA (Orgs.). Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, Brasília: UnB, 1998. 3v., v.1.

- Casarin LC. O financiamento do setor saúde. In: Pereira AC (org). Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia. 1ed. Ed Napoleão. Nova Odessa. 2009.
- COSEMS São Paulo. SUS e COSEMS São Paulo: 25 anos. Da Constituinte 1988 ao Decreto 7.508/2011. <http://www.cosemssp.org.br/downloads/25-Anos.pdf>. Acessado em: 29 de agosto de 2015.
- CNS (Conselho Nacional de Saúde). Pactos pela Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm>. Acessado em: 02 de setembro de 2015
- Cunha, JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde – princípios. In: Campos, FE, Oliveira JR.M, Tonon LM. (Org). Cadernos de Saúde 1. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p 11-26.
- Fadel CB, Schneider L, Moimaz SAS, Saliba NA. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. rap – Rio de Janeiro 43(2):445-56, MAR./ABR. 2009
- Ferreira AG. O processo de municipalização da saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia Curricular para formação do Atendente de Consultório Dentário para atuar na Rede Básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 2v., v.2. p.267-79.
- Fleury, Sonia. Assistência médica previdenciária: evolução e crise de uma política social. In: FLEURY, Sonia; BAHIA, Lígia e AMARANTE, Paulo (Orgs.). Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: CEBES, 2007.
- Gomes, L. 1808. Como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a história de Portugal e do Brasil. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2007.
- Goulart FAA. Experiências em saúde da família: cada caso é um caso. [Rio de Janeiro 2002. [Tese de Doutorado – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional De Saúde Pública].
- Hamilton W, Fonseca C. O. Políticas, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 10, n. 3, p. 791-826, 2003.
- Hamilton, WS. Debate sobre a criação do Ministério da Saúde. In: III Seminário Interno do Departamento de Pesquisa da Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz; Fiocruz, 1993 (mimeo).
- Hamilton W, Fonseca C. Políticas, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 10, n. 3, p. 791-826, 2003.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas. Brasília, 2010).
- IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Desafios do Desenvolvimento. A longa jornada dos direitos trabalhistas. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2909:catid=28&Itemid=23. Acessado em: 08 de agosto de 2015.
- Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência & Saúde Coletiva. v.6, n.2, p.269-91. 2001.
- Lima LD et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):2881-2892, 2012.
- Luz, MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80. PHYSIS. v. 1. n. 1, p. 77-96, 1991.
- Malloy J. Política de previdência social no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- Melo AC. Crise federativa, guerra fiscal e “hobbesianismo municipal”: efeitos perversos da descentralização? São Paulo Perspec. 1996; 10(3):11-20.
- Mendes, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a construção da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993. p. 19-91.
- Merhy EL. São Paulo de 1920 a 1940 – A Saúde Pública como Política. Os movimentos sanitários, os modelos tecnoassistenciais e a formação das políticas governamentais. Editora Rede Unida. Coleção Clássicos da Saúde Coletiva. 2ªed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

- Mundo Educação. Greves operárias na Primeira República. Disponível em: <http://www.mundoeducacao.com/historiadosbrasil/greves-operarias-na-primeira-republica.htm>. Acessado em 08 de agosto de 2015.
- Oliveira, AGRC, Souza, ECF. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: Curso de Mestrado em odontologia Social/UFRN. Odontologia preventiva e social – textos selecionados. Natal: EDUFRN, 1997, cap. 8. p. 114-121.
- Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington DC: OPAS; 2010.
- PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- Pimenta AL. Mobilizações dos gestores municipais se intensificavam. SUS e COSEMS São Paulo: 25 anos. Da Constituinte 1988 ao Decreto 7.508/2011. <http://www.cosemssp.org.br/downloads/25-Anos.pdf>. Acessado em: 29 de agosto de 2015.
- Polignano, MV. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFGM 35: 2001
- Ponte CF, Reis JRF, Fonseca CMO. Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excluídas? In: Ponte CF (Org). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Ed Fiocruz. Rio de Janeiro, 2010.
- RIBEIRO, Paulo Silvino. “O início das políticas públicas para a saúde no Brasil: da República Velha à Era Vargas”; *Brasil Escola*. Disponível em <<http://www.brasilecola.com/sociologia/o-inicio-das-politicas-publicas-para-saude-no-brasil-republica.htm>>. Acesso em 02 de setembro de 2015.
- Risi Jr. JB e Nogueira RP. As condições de Saúde no Brasil. In: Finkelman J. Caminhos da saúde pública no Brasil. Editora FIOCRUZ, 2002.
- ROMANO, CS. O processo de municipalização da saúde no Brasil: considerações sobre uma política gradualista. In: Campos FE, Oliveira Jr.M, Tonon, L.M. (Org.). Cadernos de Saúde 1. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p 1-9.
- Roncalli, AG.. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed 2003, p.28-49
- Salles, P. História da medicina no Brasil. Belo Horizonte, Ed.G. Holman, 1971. p. 141-161. Acesso em 15 de abril de 2015
- Scliar M. História do conceito de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.
- Silva JR. AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998. 143p.
- Sophia DC. Notas de participação do CEBES na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da Revista *Saúde em Debate*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 554-561, out./dez. 2012
- Souza RC, Batista FEB. Política Pública de Saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS. XVII CONEPPI (Congresso Norte-Nordeste de Pesquisa e Inovação). Palmas, To. 2012.
- Tomazi, ZT. O que todo cidadão precisa saber sobre Saúde e Estado Brasileiro. (Cadernos de Educação Política). São Paulo: Global Editora, 1986.
- Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. *Cad. Saúde Públ.*, v.13, n.2, p.325-30, 1997.
- Viana ALD, Dal Poz MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família; *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (suplemento): 225- 264, 2005.
- Vianna, MLTW. *A americanização perversa da seguridade social do Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan; Ucam-Iuperj, 2000.p.141

CAPÍTULO 2 – POLÍTICA E MODELO ATUAL DE FINANCIAMENTO DO SUS

Autores:

João Alves dos Santos Neto

Cirurgião Dentista, Assessor Técnico – Jandira/ SP

Especialista em Saúde Coletiva e em Gestão Pública em Saúde – Santa Casa de São Paulo

Mestrando MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Sérgio Luiz da Costa

Enfermeiro; Assessor do Gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde/MS

Especialista em Gestão Pública em Saúde – FCMSCSP Mestrando Curso PG em Odontologia em Saúde Coletiva FOP UNICAMP

Stephen Kunihiro

Cirurgião Dentista; Diretor Executivo da NK Sistema de Informação em Saúde Ltda; Especialista em Saúde Coletiva e Saúde da Família FOP UNICAMP; Mestrando Curso PG em Odontologia em Saúde Coletiva FOP UNICAMP

Denise de Fátima Barros Cavalcante

Cirurgiã Dentista, Especialista em Saúde Coletiva e Gestão Financeira em Saúde, Ex Secretária de Saúde e Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Condado-PE e ex-coordenadora de saúde bucal de Limoeiro, PE; Mestranda do Curso de PG em Odontologia em Saúde Coletiva da FOP UNICAMP

GUIA DO CAPÍTULO

OBJETIVOS DO CAPÍTULO:

Este capítulo tem como objetivo, na primeira parte, fazer uma breve análise da política de financiamento do SUS, por meio de um rápido histórico do período pré SUS até a regulamentação do financiamento tripartite pela Lei Complementar nº 141 de 2012 que provocou uma insatisfação geral por conta da manutenção dos mesmos patamares de despesa pública em saúde por parte da União, demonstrando que não é de hoje a dificuldade de se encontrar a forma ideal de se financiar este sistema que se propõe ser universal e integral.

Na segunda parte, o capítulo tem como objetivo mostrar, na prática, como se dá o financiamento do Ministério da Saúde para as ações e serviços públicos de saúde, principalmente na esfera municipal. Por meio da leitura desta segunda parte é possível conhecer todos os seis Blocos de financiamento e todos os seus componentes com os principais incentivos do Ministério da Saúde, com os valores atuais do custeio, critérios e Portarias que os regulam. Sabemos que as Portarias são frequentemente alteradas por novas Portarias ou outros atos normativos, porém, da forma como estas Portarias foram citadas na Referência deste trabalho, informando o link do site da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde – BVMS, é possível verificar se a Portaria citada está em vigor ou se foi revogada. Neste último caso é informado pelo site da BVMS qual a Portaria que a substituiu facilitando a pesquisa das formas de custeio das ações, estratégias e serviços públicos de saúde no Brasil.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

1. BREVE ANÁLISE DA POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DO SUS
2. FINANCIAMENTO E A TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS FEDERAIS PARA AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.
3. NORMAS PARA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS REPASSADOS.
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS
5. REFERÊNCIAS

LEITURA OBRIGATÓRIA:

Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente em ações e serviços públicos de saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm.

Decreto Federal nº 7.827 de 16 de outubro de 2012 Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm.

LEITURA COMPLEMENTAR:

Santos, Lenir. SUS e a Lei Complementar 141 comentada. Brasil. Lenir Santos, Campinas, SP: Saberes Editora, ISBN 978-85-62844-27-0.

ATIVIDADE

Como atividade, os autores sugerem um exercício para identificar, por meio do site do Fundo Nacional de Saúde, os repasses do Ministério da Saúde a um município qualquer.

1. Acesse o site: <http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>
2. No link “consulta de Pagamentos” clique em “Detalhada – Clique aqui”;
3. No tipo de consulta selecione “Fundo a Fundo”
4. Selecione um Estado onde está o Município que vc deseja consultar;
5. Selecione o Município que você deseja consultar;
6. Não selecione o Bloco, para que venha todos os blocos disponíveis;
7. Selecione o ano que você deseja pesquisar;
8. Não selecione o mês, para que venham todos os meses do ano selecionado.
9. Não selecione mais nenhuma das próximas alternativas para que venham todos os repasses realizados;
10. Clique em “Pesquisar”
11. Clique em “FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS”;
12. Com base nos dados apresentados pelo sistema elabore um relatório onde conste o valor total repassado no ano selecionado em cada um dos blocos e indicando também o valor total repassado em cada um dos componentes e em cada uma das ações/serviços/estratégias que constam no sistema.

1. BREVE ANÁLISE DA POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DO SUS

1.1. Histórico

A História da Saúde Pública no Brasil é marcada por sucessivas reorganizações administrativas e edições de muitas normas e institutos. Da instalação da colônia até o início do século XX, as ações eram desenvolvidas sem significativa organização institucional (Brasil, 2006d).

No início do século XX era de grande interesse controlar as doenças, pois prejudicavam a produção e a exportação do café e prejudicavam as relações comerciais com o exterior e a política de imigração. Foi nesta época que houve a primeira medida sanitária no país. O Rio de Janeiro não tinha nenhum saneamento básico e, assim, várias doenças graves como varíola, malária, febre amarela e até a peste espalhavam-se facilmente. Numa ação policial, o sanitarista **Oswaldo Cruz** convocou 1.500 pessoas para ações que invadiam as casas, queimavam roupas e colchões, sem nenhum tipo de ação educativa. A população foi ficando cada vez mais indignada e o auge do conflito foi a instituição de uma vacinação antivaríola. A população saiu às ruas e iniciou a “**Revolta da Vacina**” que culminou com o afastamento de Oswaldo Cruz (Brasil, 2006d).

Apesar do fim conflituoso, o sanitarista conseguiu resolver parte dos problemas e colher muitas informações que ajudaram seu sucessor, **Carlos Chagas**, a estruturar uma campanha rotineira de ação e educação sanitária (Brasil, 2006d).

Pouco foi feito em relação à saúde depois desse período, apenas com o crescimento industrial e com a chegada dos imigrantes europeus, que formaram a primeira massa de operários do Brasil que começaram a se mobilizar e a exigir um mínimo de direitos e, em 1923 foi criada a Caixa de Aposentadoria e Pensão – CAPs por meio da Lei Eloy Chaves. O primeiro CAPs foi o dos ferroviários e eram fundos monetários, criados e mantidos pelas empresas, por meio da contribuição dos empregados e delas próprias, que visavam financiar a aposentadoria e pensões dos trabalhadores bem como a assistência médica destes trabalhadores e de seus familiares (Brasil, 2006d).

Os CAPs eram uma ótima alternativa para os trabalhadores no entanto, apesar de representar um avanço com relação à assistência médica inaugurou a lógica de que só tem direito à saúde aquele que contribuir financeiramente deixando os desprovidos ainda mais desassistidos (Brasil, 2006d).

Quando Getúlio Vargas toma o poder é criado o Ministério da Educação e Saúde e as caixas são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que, por causa do modelo sindicalista de Vargas, passam a ser dirigidos por entidades sindicais e não mais por empresas como as antigas caixas. O primeiro IAP foi o dos marítimos (Brasil, 2006d).

A criação dos IAPs fez com que todos os CAPs das mesmas categorias se unificassem, trazendo como benefício o aumento dos recursos e também dos benefícios ao trabalhador. A porcentagem dos IAPs, destinados à saúde, variavam de acordo com a categoria de trabalho. Apesar dessa melhoria quanto aos benefícios da classe operária, o direito à saúde continuou restrito aos contribuintes (Brasil, 2006d).

Com início da ditadura militar no Brasil, uma das discussões sobre saúde pública brasileira se baseou na unificação dos IAPs como forma de tornar o sistema mais amplo (Brasil, 2006d).

Em 1966, os IAPs de todas as categorias profissionais se unificaram em um regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) formando o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS que excluía trabalhadores rurais, empregados domésticos e funcionários públicos (Brasil, 2006d).

Saiba Mais:

A disponibilidade para o financiamento da previdência e da saúde passou a estar atrelado ao movimento da economia. Nessa época apenas 7,3% da população estava no mercado formal de trabalho com a carteira assinada e apenas essa parcela tinha direito à saúde, visto que, o Estado não tratava a saúde como um direito do cidadão (Brasil, 2006d).

O INPS passou a centralizar todos os recursos destinados a aposentadoria e a saúde do trabalhador. Surgiu então uma demanda muito maior que a oferta. A solução encontrada pelo governo foi pagar a rede privada pelos serviços prestados à população (Brasil, 2006d).

A estrutura foi se modificando tendo a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978, que ajudou nesse trabalho nos repasses para iniciativa privada. Um pouco antes, em 1974, os militares já haviam criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que ajudou a remodelar e ampliar a rede privada de hospitais, por meio de empréstimos com juros subsidiados (Brasil, 2006d).

A crise na saúde se agravou ainda mais com a democratização na política, no início dos anos 1980, e suscitou o movimento pela reforma sanitária, que levantava algumas bandeiras em prol de melhorias, como:

- Melhoria nas condições de saúde da população;
- Reconhecimento da saúde como direito universal;
- Reorganização da atenção a partir dos princípios: de integralidade e equidade;
- Garantia do direito à saúde como sendo dever do estado (ponto fundamental quanto ao financiamento).
- Efetivação do direito humano à saúde (Brasil, 2006d).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, foi um marco na história do SUS pois promoveu a propagação do movimento da Reforma Sanitária. A 8ª Conferência Nacional de Saúde resultou de imediato na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais.

A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como “direito de todos e dever do Estado”.

Desde o processo da Reforma Sanitária empreendida no Brasil em plena crise econômica e política na década de 70 e 80, os idealizadores desse movimento já se deparavam com o dilema do financiamento (Espírito Santo e Tanaka, 2011; Mendes, 2013a).

O movimento da Reforma Sanitária culminou com a criação do SUS – Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988 e mais de 26 anos depois da criação do SUS, ainda não está claro de que forma se vai financiar este sistema que se propõe, como princípio, ser universal e integral (Benevides, 2010; Gonçalves *et al.*, 2009; Marques e Mendes, 2009; Espírito Santo e Tanaka, 2011; Mendes *et al.*, 2011; Marques e Mendes, 2012; Espírito Santo *et al.*, 2012; Mendes, 2013; Mendes, 2013a).

Até a metade do século XX os gastos nacionais com saúde não passavam de um por cento do PIB – Produto Interno Bruto e grande parte destes recursos destinavam-se ao controle de doenças transmissíveis. O sistema público de saúde do Brasil apresentou um maior crescimento a partir da segunda metade do século XX. Mesmo assim, nos anos 70, este percentual era estimado em 2,5% do PIB. Nos anos 80, os gastos com saúde chegavam a 4,5% do PIB (Marques e Mendes, 2009) e, hoje gira em torno de 8,5% do PIB (Mendes, 2013; Mendes, 2013a).

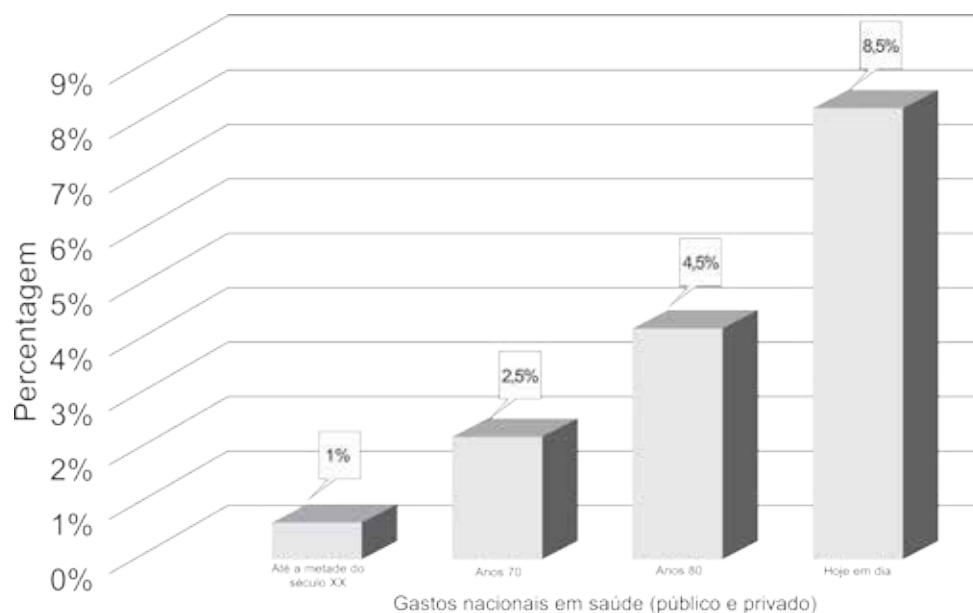


Gráfico 1. Percentagem de gastos nacionais em saúde (público e privado) da metade do século XX até hoje em dia.
Fonte: Mendes, 2013 e Mendes, 2013a.

Este percentual de 8,5% do PIB indicaria que o Brasil tem um gasto total em saúde muito bom e até bem próximo a países desenvolvidos, porém, menos da metade deste percentual são gastos públicos em saúde, diferente dos países desenvolvidos, com sistemas universais de saúde em que o percentual de gastos públicos em relação aos gastos privados fica em torno de 70% (Mendes, 2013; Mendes, 2013a).

Pode-se dizer que grande parte dos problemas estruturais que hoje assolam o SUS está, de uma forma ou de outra, ligado à questão do financiamento (Marques e Mendes, 2009; Marques e Mendes, 2012; Espírito Santo *et al.*, 2012). A dificuldade de encontrar a forma ideal de se financiar o sistema de saúde é tão grande que, nos anos 1990 e 2000 este foi um dos temas mais debatidos e problemáticos para a implementação do SUS e, ainda hoje há conflitos e incertezas que cerceiam o financiamento do SUS – Sistema Único de Saúde. Encontram-se diferentes propostas de reordenamento de seu custeio e ainda não foi construído um financiamento compatível com uma política de saúde universal e integral (Benevides, 2010; Marques e Mendes, 2009; Gonçalves *et al.*, 2009; Espírito Santo e Tanaka, 2011; Mendes *et al.*, 2011; Marques e Mendes, 2012; Espírito Santo *et al.*, 2012; Mendes, 2013; Mendes, 2013a).

Vale ressaltar que em 1993, o Ministério da Saúde liderou a luta pela criação de uma fonte específica de financiamento para a Saúde, criando o IPMF (*Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira*), com a alíquota de 0,25% recolhida em todas as transações financeiras, vigorando durante o ano de 1994. Em 1997, esse assunto voltou a ser discutido, onde criou-se outro tributo direcionado para a saúde, a CPMF (*Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira*), iniciando em 1997 com alíquota de 0,20%, valendo por 10 anos até atingir a alíquota de 0,38% em 2007. Entretanto, não significou aumento significativo nos recursos da saúde, visto que, no mesmo período, outras fontes de recursos como a COFINS e a CSLL foram reduzidas e a partir de 1999, a CPMF deixou de ser fonte exclusiva para a Saúde, passando a financiar a previdência Social, e a partir de 2001, o Fundo de Combate à Pobreza (Casarin, 2009).

Há propostas, inclusive, do fim das deduções do imposto de renda das despesas com saúde privada e a transferência destes recursos para o SUS e propostas com objetivo de dobrar o gasto público em saúde de modo a atingir nível condizente com a média dos demais países que têm sistema parecido, elevando assim o SUS à condição de prioridade entre as políticas de governo (Marques e Mendes, 2012).

1.2. A Regulamentação do Financiamento tripartite.

O financiamento do SUS de forma tripartite, isto é, pela União, Estados e Municípios está previsto na Constituição Federal (Brasil, 1988) e nas Leis Federais 8.080 e 8.142 de 1990 (Brasil, 1990; Brasil, 1990a), porém, somente com a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 – EC 29 (Brasil, 2000) por meio da Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012), ficou definido quais tipos de ações e serviços podem realmente ser considerados como sendo de saúde.

No entanto, vale salientar que desde a criação do SUS, havia necessidade de um detalhamento para operacionalizar todo sistema, destarte, o Ministério da Saúde editou a primeira NOB 01/91 (*Norma Operacional Básica*) e outras 3 foram publicadas posteriormente (NOB 92, 93 e 96). Não iremos nos detalhar aqui neste capítulo a respeito destas normas, mas apontamos na sequência abaixo um breve resumo das mesmas (Casarin, 2009):

NOB 01/91	NOB 93	NOB 96	NOAS 2001
• Institui o pagamento por produção;	• Ativou as Comissões Intergestores;	• Reeditou as modalidades: Plena da Atenção básica e Plena do sistema de Saúde;	• Regionalização;
• Há críticas por considerar o município como mero prestador;	• Criou modalidades de gestão Municipal: incipiente, parcial e semi-plena;	• Ativação do repasse fundo a fundo;	• Responsabilização dos municípios com ações estratégicas para a Atenção Básica.
• Em maio de 1993 houve suspensão de todos repasses do SUS;	• Considerada um salto na Municipalização.	• Criação do PAB fixo e variável.	
• Houve uma Edição de uma Medida Provisória com empréstimo ao FAT para financiar a saúde			

Adaptado de Casarin, 2009

Em 2006, a portaria do Pacto de Gestão determinou alguns princípios para o financiamento do SUS e definiu 'blocos' gerais de alocação dos recursos federais, sendo eles: Atenção Básica; atenção da Média e Alta Complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; e gestão do SUS. Posteriormente, foi acrescentado outro bloco denominado de 'investimentos na rede de serviços de saúde' (Brasil, 2006). Esse fato de distribuição por 6 blocos facilitou a gestão municipal onde houve uma redução do número de contas administradas.

O processo de institucionalização do financiamento do SUS foi prejudicado, inicialmente pelas condições da política macroeconômica desenvolvida ao longo dos anos 1990 e 2000 e, recentemente,, pelos efeitos provocados pela atual fase do capitalismo financeiro (Marques e Mendes, 2012).

A falta de definição de uma fonte de financiamento adequada e sistemática ao SUS impacta diretamente na qualidade de suas ações e serviços e justifica o argumento daqueles que veem a saúde pública como um sistema pobre para atendimento aos pobres (Marques e Mendes, 2012).

Um grande avanço na definição de recursos para a saúde foi a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 – EC 29 no ano 2000 (Brasil, 2000). A EC 29 fortaleceu o modelo de gestão tripartite do SUS e tentou superar a crise do financiamento no setor, vinculando parte da arrecadação dos municípios (15%) e da arrecadação dos estados (12%) à saúde e fixando que a União deveria gastar em saúde, anualmente, o valor gasto no exercício anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB (Brasil, 2000; Ribeiro e Bezerra, 2013).

Ribeiro e Bezerra (2013) lembram bem que a EC 29 garantiu a aplicação de recursos mínimos e não um teto de investimento na área e que é preciso ter vontade política para colocar a saúde como prioridade. Gonçalves *et al.* (2009) apuraram em sua investigação de cumprimento, pelos municípios do estado de Pernambuco, dos percentuais mínimos fixados na EC 29 que, no conjunto, as médias observadas se mantiveram acima dos percentuais mínimos exigidos indicando que deveria ser ampliada a participação da união no financiamento do SUS.

A EC 29 aguardou por longos doze anos a regulamentação desta emenda que deixaria claro do que seria efetivamente gasto em saúde. Esta demora na regulamentação favoreceu a pluralidade de interpretações deste conceito (Gonçalves *et al.*, 2009).

Em 2011, o Decreto Federal 7.508 cria o COAP (*Contrato Organizativo da Ação Pública*) que definiu as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (Brasil, 2011). Vale salientar que as adesões a esta forma de contrato ainda estão muito incipientes tendo até este momento apenas os Estados do Ceará e Mato grosso do Sul contratualizados no COAP devido principalmente ao compromisso que a gestão assume juridicamente através de um contrato de assistência integral à saúde, sem previsibilidade de um aporte financeiro adicional. Como garantir se as próprias pactuações entre os municípios (PPI) são caixinhas ainda sem delimitações claras de responsabilidades?

No ano de 2012 foi sancionada a Lei Complementar nº 141 (Brasil, 2012), regulamentando a EC 29. Esperava-se que esta Lei, além da definição do que realmente é gasto em saúde, o qual ficou claro, era justamente a ampliação da participação da União no financiamento do SUS. Inicialmente, o projeto que se originou no Senado, previa a destinação de 10% da receita corrente bruta como contribuição da União, porém o texto aprovado continuou vinculando a participação da União à variação do PIB – Produto Interno Bruto (Pinto e Fleury, 2012).

A Lei complementar nº 141 (Brasil, 2012), definiu os seguintes critérios para compor os recursos mínimos que devem ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde:

União: aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual e no caso de variação negativa do PIB, o valor não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

Estados e o Distrito Federal: aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos e das transferências constitucionais, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Municípios aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos e das transferências constitucionais.

Segundo Pinto e Fleury (2012), a Lei Complementar 141 substituiu a omissão de doze anos de falta de regulamentação da EC 29 pela legalização do subfinanciamento por parte da União. A insatisfação gerada pela decepção da manutenção dos mesmos patamares de despesa pública em saúde, desencadeou

um movimento de coleta de assinaturas em defesa da saúde Pública o “Saúde + dez” que defende uma aplicação por parte da União de, no mínimo, 10% da receita corrente bruta – RCB. Tanto este movimento como outros instrumentos de participação popular demonstram que a situação do financiamento do SUS ainda está longe de ser resolvida (Pinto e Fleury, 2012).

1.3. O (sub) financiamento do SUS nos dias de hoje.

Se tem algo que é unânime nas falas dos gestores do SUS é o subfinanciamento do sistema. Embora se reconheça os problemas de gestão dos gastos, é evidente que o sistema, que pretende ser “universal” e “integral” funciona, com um financiamento muito aquém do necessário. E se há uma esfera de governo que precisa, por justiça, colocar mais recursos é a União. Uma dívida histórica de quem já colocou mais dinheiro em saúde (Mendes, 2012).

Financiamento em saúde pública no Brasil para garantir:



Figura 1: Financiamento em saúde e Diretrizes do SUS. Fonte: Figura elaborada pelos autores

O Projeto de Lei nº 127/2001 que regulamentava a Emenda Constitucional nº 29 – EC 29 que se encontrava no Senado, previa aplicação da União em, no mínimo, 10% da receita corrente bruta – RCB, mas não foi aprovado na versão original. Segundo Mendes (2012), isto poderia ter acrescentado para o orçamento do Ministério da Saúde de 2011 o correspondente a cerca de R\$ 32,5 bilhões e seria um resgate da responsabilidade da União com o SUS. Como podemos observar no Gráfico 1, o percentual vem se reduzindo ao longo do tempo proporcionalmente com o aumento do financiamento dos estados e dos municípios. A União foi deixando a responsabilidade do financiamento para Estados e Municípios, com a carga máxima sobre os Municípios. Na década de 80, a união participava com 75% do financiamento do SUS, em 1991 ainda contava com 73%, dez anos depois sua participação no financiamento do SUS já havia caído para 56%, chegando a 45% em 2010. Neste mesmo período a participação dos municípios dispararam de 7% em 1980 para 28% em 2010 e os Estados participavam com 18% em 1980 caíram para 15% em 1991, e hoje participam em média com 27% no financiamento do SUS.

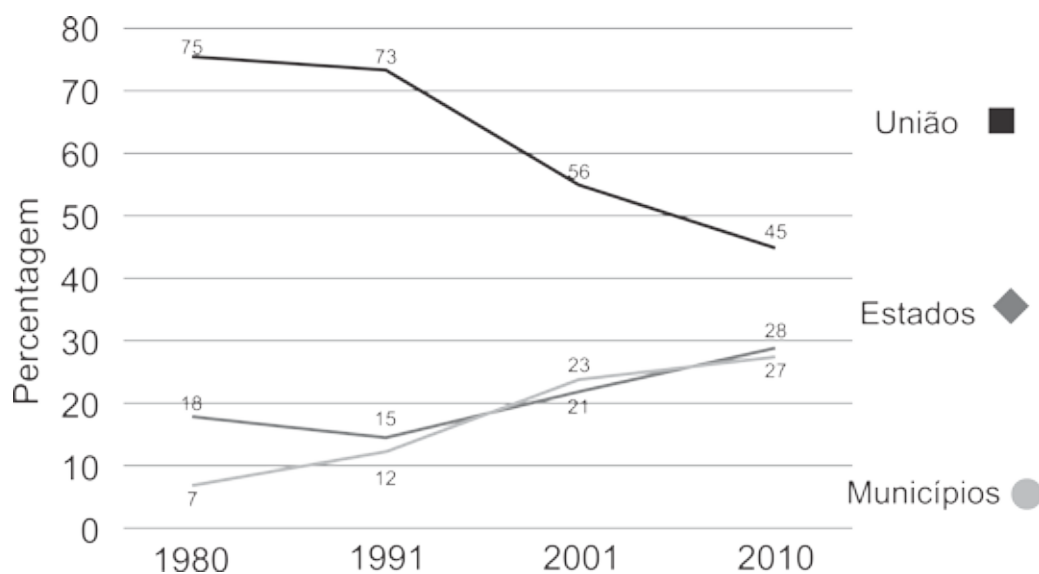


Gráfico 2. Participação da União, Estados e Municípios no financiamento do SUS, 1980, 1991, 2001 e 2010 (Em %).
Fonte: Elaborado pelos próprios autores

Comentário: Os gastos federais com ações e serviços públicos de saúde (SUS) também diminuíram em relação às receitas correntes brutas da União após 1995. Representaram, em média 8,37% da RCB no período de 1995 a 2001, reduzindo-se, no período de 2002 a 2009, para 7,1% da RCB, na média (Mendes, 2012).

Tabela 1. Gastos federais com ações e serviços públicos de saúde (SUS) nos períodos de 1995 a 2001 e 2002 a 2009.

Período	Percentual médio da Receita Corrente Bruta
1995 a 2001	8,37%
2002 a 2009	7,1%

Fonte: Tabela elaborada pelos autores.

Na tabela 2 apresentamos outras comparações citadas por Carvalho (2012). A primeira comparação é com o gasto per capita dos Planos de Saúde, se o SUS tivesse o mesmo gasto per capita dos planos de saúde precisaríamos de mais 162 bilhões de reais anuais. A segunda comparação é com o percentual mundial do PIB de gasto com saúde pública. Dados de 2007 da Organização Mundial da Saúde – OMS indicam que foram de 5,5% no mundo, 2,2% nos países de baixa renda, de 3,5% nos países de média renda e de 6,7% nos países de alta renda. No Brasil, o PIB 2010 foi de R\$ 3,6 trilhões, o gasto com saúde pública em 2010 foi de R\$138 bilhões ou seja 3,8% do PIB. Se aplicado os 5,5% do gasto médio dos países, o Brasil teria necessidade de mais R\$ 198 bilhões. As demais comparações são com o gasto per capita em saúde que mostra que comparado aos países de maior renda, faltaria ao SUS 604 bilhões, comparado aos países da Europa, faltariam 297 bilhões e comparado aos países da América, faltariam 287 bilhões.

Tabela 2. Análise comparativa do financiamento do SUS, Estimativa de recursos para garantir cobertura à saúde universal e integral – Brasil, 2010

Hipóteses	Total em R\$ Bilhões	O que falta à saúde pública brasileira em R\$ Bilhões
Igualando o SUS ao gasto per capita dos Planos de Saúde (R\$ 1.560 em 2008).	298	160
Atingindo a média de 5,5% PIB mundial com saúde pública.	198	60
Usando-se o gasto público per capita dos países de maior renda (US\$ 2.589 em 2008)	742	604
Usando o gasto público per capita da Europa (US\$ 1.520 em 2008)	435	297
Usando o gasto público per capita das Américas (US\$ 1.484 em 2008)	425	287

Fonte: Tabela elaborada pelos autores.

1.4. A Emenda Constitucional 86 de 2015

Em março de 2015 foi aprovada EC – Emenda Constitucional 86 que tramitou por 15 anos no congresso nacional. Com esta EC o Executivo fica obrigado a liberar até 1,2% da receita corrente líquida (RCL) do ano anterior para as emendas apresentadas por parlamentares e metade destas emendas terão de ser aplicados na área de saúde, não sendo permitido o pagamento de pessoal ou de encargos sociais.

A EC 86, conhecida como EC do Orçamento Impositivo modificou os artigos 165, 166 e 198 da Constituição e dá mais independência para deputados federais e senadores que podem direcionar recursos para municípios e estados, respectivamente, sem depender da boa vontade do Executivo que utilizava este recurso como forma de pressionar os parlamentares para conseguir aprovar os projetos de seu interesse.

A EC 86 originou-se da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 22/2000 aprovada no Senado em novembro de 2013 e da PEC 358/2013, aprovada na Câmara dos Deputados em fevereiro de 2015.

Na realidade este formato de Emendas Parlamentares já vinha sendo praticada na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de 2015, onde todas as emendas individuais ao atingirem o limite máximo de 1,2% da Receita Corrente Líquida seriam atendidas pelo Executivo.

Esta emenda prevê uma ampliação progressiva dos recursos para a saúde nos cinco anos seguintes ao da sua promulgação. No primeiro ano (2016), a aplicação mínima em saúde será de 13,2% da receita corrente líquida; no segundo ano (2017), 13,7%; no terceiro ano (2018), 14,1%; no quarto ano (2019), 14,5%; e, no quinto ano (2020) em diante, 15% da receita líquida corrente.

Antes desta emenda, somente os estados e municípios tinham percentuais da arrecadação definidos.

A aprovação da EC 86 embora tenha definido um percentual mínimo da arrecadação por parte da união, foi outro duro golpe e gerou grande insatisfação naqueles que defendem mais recursos para a saúde pública por parte da união. A partir de agora todas as ações e serviços públicos de saúde custeados pela

parcela de royalties de petróleo e emendas de deputados e senadores passarem a fazer parte da base de cálculo para o cumprimento do novo mínimo obrigatório para gastos em saúde, o que acabará transformando este piso mínimo em teto máximo pois não permite que mais recursos sejam direcionados para saúde por meio de uma Lei Complementar, pois presentemente a Constituição dita o limite de gasto, o que possivelmente provocará redução de percentual de gastos em saúde por parte do governo federal.

2. FINANCIAMENTO E A TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS FEDERAIS PARA AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012) regulamentou o § 3º do art. 198 da Constituição Federal (Brasil, 1988) e definiu os percentuais mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e o mais importante, definiu quais ações e serviços públicos podem ser consideradas gastos com saúde.

São despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam de ACESSO UNIVERSAL, IGUALITÁRIO e GRATUITO; aquelas que estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação (compatibilidade com planos de saúde – planejamento ascendente); aquelas que sejam de responsabilidade específica do setor da saúde (despesas específicas do setor saúde).

Os recursos federais são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e municípios, conforme publicação de atos normativos específicos. A Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007 (Brasil 2007), regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle. Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passaram a ser organizados e transferidos na forma de Blocos de Financiamento. São seis os Blocos de Financiamento:

1. Atenção Básica;
2. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
3. Vigilância em Saúde;
4. Assistência Farmacêutica;
5. Gestão do SUS;
6. Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados. Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento são transferidos aos Estados, Distrito Federal e municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos.

No gráfico abaixo verificamos a evolução dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios nos anos de 2011 a 2014, sendo evidente o aumento em valores destes repasses, passando de pouco mais de 51 bilhões em 2011 para quase 70 bilhões em 2014. Porém quando fazemos esta comparação em percentuais, tanto do PIB, quanto da Receita Corrente Bruta, verificamos que na realidade não houve crescimento nos repasses e sim uma redução.

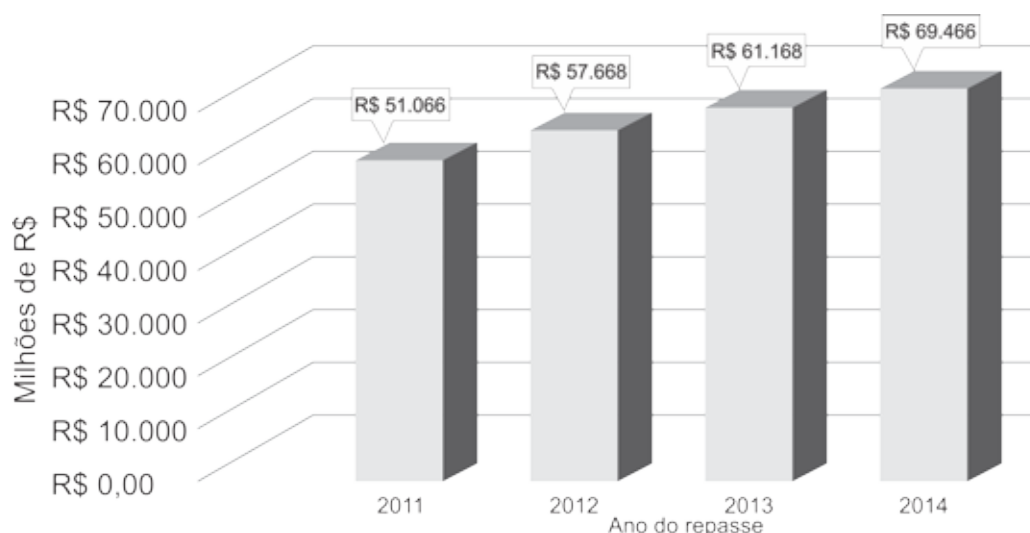


Gráfico 3. Comparativo de recursos repassados pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios nos anos de 2011 a 2014 em milhões de reais.

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (Brasil, 2015).

No gráfico abaixo podemos identificar o montante repassado pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios nos anos de 2011 a 2014 por blocos de financiamento. O Bloco da média e alta complexidade (Bloco MAC) é o que leva a maior parte dos recursos, em média 65% de todos os repasses, depois vem o bloco da atenção básica que absorve em média 21% dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde, em seguida vem o bloco da assistência farmacêutica que consome em média 6% dos repasses. Os Blocos da Vigilância em Saúde e de Investimentos respondem cada um em média por 3% dos repasses e o Bloco de Gestão não chega a um por cento.

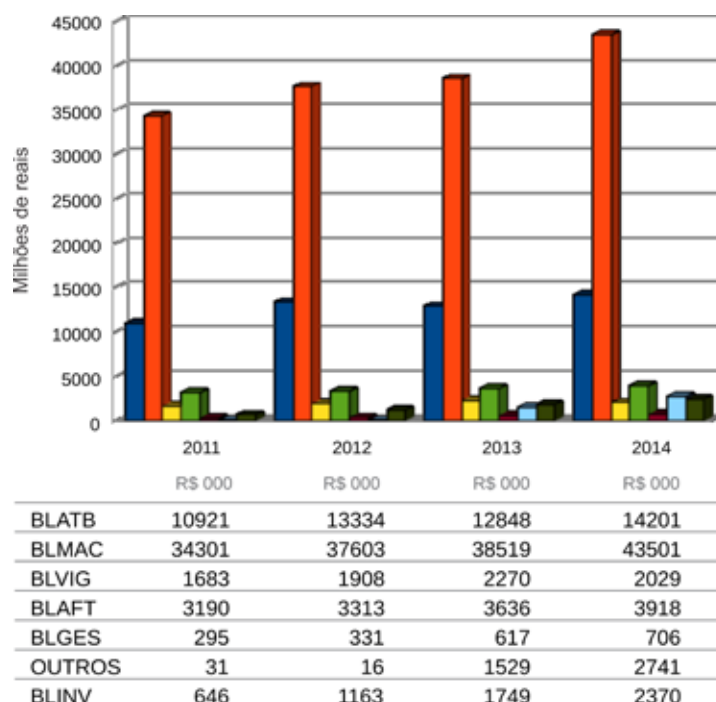


Gráfico 4. Composição anual dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios de 2011 a 2014 em milhões de reais.

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (Brasil, 2015).

2.1. Bloco de Atenção Básica

O Bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes: Componente Piso da Atenção Básica e Componente Piso da Atenção Básica – PAB Variável.

2.1.1. Componente Piso da Atenção Básica – PAB Fixo

O Componente Piso da Atenção Básica – PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios.

A Portaria GM/MS nº 1.409 de 10 de julho de 2013 (Brasil, 2013f), definiu o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, conforme pontuação calculada segundo critérios definidos no Anexo I da referida portaria.

I – O valor mínimo para os Municípios integrantes do Grupo I passa para R\$ 28,00 (vinte e oito reais) por habitante ao ano.

II – O valor mínimo para os Municípios do Grupo II passa para R\$ 26,00 (vinte e seis reais) por habitante ao ano.

III – O valor mínimo para os Municípios do Grupo III passa para R\$ 24,00 (vinte e quatro reais) por habitante ao ano.

IV – O valor mínimo para o Distrito Federal e os municípios integrantes do Grupo IV passa para R\$ 23,00 (vinte e três reais) por habitante ao ano.

PAB Estadual (no Estado de São Paulo)

A Resolução SS – 57, de 7 de junho de 2013, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (São Paulo – Estado, 2013), estabeleceu o Piso de Atenção Básica Estadual, bem como, a transferência de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, de forma direta e regular. Estes recursos devem ser aplicados pelos gestores municipais no custeio das ações de atenção básica de saúde e terá como base de cálculo o valor de R\$ 3,00 (três reais) per capita.

2.1.2. Componente Piso da Atenção Básica – PAB Variável.

O Componente Piso da Atenção Básica – PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias realizadas no âmbito da atenção básica em saúde.

Os recursos do Componente PAB Variável são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde. No texto a seguir relacionamos os principais incentivos do Componente PAB Variável para custeio de estratégias que podem ser implementadas pelos municípios e pelo Distrito Federal na atenção básica.

As Portarias e os valores descritos baixo podem sofrer alterações ao longo do tempo, mas o objetivo é apresentar uma visão geral do modelo de financiamento variável da atenção básica pelo Ministério da Saúde.

2.1.2.1. ESF MODALIDADE 1

Equipe composta por, no mínimo um médico generalista, um enfermeiro generalista, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde conforme Portaria GM/MS 2.488 de 21 de outubro de 2011 – Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2011e).

Financiamento:

R\$ 10.695,00 por mês e por ESF 1 implantada conforme Portaria GM/MS nº 978 de 16 de maio de 2012 (Brasil, 2012a), caso a ESF possua profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento o custeio cai para R\$ 4.000,00 por ESF de acordo com a Portaria nº 1.834 de 27 de agosto de 2013 (Brasil, 2013j).

Critérios Adicionais:

- a) ESF em Municípios com população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal;
- b) ESF em municípios com população até 30 mil habitantes com IDH igual ou inferior a 0,7, nos demais Estados do País ambas conforme Portaria GM/MS nº 822, de 17 de abril de 2006 (Brasil, 2006a).
- c) ESF que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos conforme Portaria GM/MS nº 90, de 17 de janeiro de 2008 (Brasil, 2008).
- d) ESF que atuam em Municípios e áreas prioritizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI) conforme Portaria GM/MS nº 2.920 de 3 de dezembro de 2008 (Brasil 2008a).

2.1.2.2. ESF MODALIDADE 2

Equipe composta por, no mínimo um médico generalista, um enfermeiro generalista, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde de acordo com a Portaria GM/MS 2.488 de 21 de outubro de 2011 – Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2011e).

Financiamento:

R\$ 7.130,00 por mês e por ESF 2 implantada conforme Portaria GM/MS nº 978 de 16 de maio de 2012 (Brasil, 2012a), caso a ESF possua profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento o custeio cai para R\$ 4.000,00 por ESF de acordo com a Portaria nº 1.834 de 27 de agosto de 2013 (Brasil, 2013j).

Critérios Adicionais:

Todas ESF não incluídas nas condições de ESF modalidade 1 estão enquadradas como ESF Modalidade 2.

Situação Atual:

No quadro abaixo verificamos a situação das ESF em abril/2015 quando havia 48.191 ESF credenciadas pelo MS, 39.996 cadastradas no sistema e 39.106 efetivamente implantadas e dos 5.570 municípios brasileiros 5.423 haviam aderido ao programa atingindo uma estimativa de 120.878.931 pessoas cobertas que representam uma cobertura de 62,32% da população total do Brasil. Estes números mostram que a estratégia da saúde da família é definitivamente o modelo de atenção para a atenção básica adotado em praticamente todo o país.

Quadro 1. Equipes de Saúde da Família por situação, quantidade de municípios brasileiros que aderiram ao programa e estimativa de população coberta e proporção de cobertura populacional até a competência de abril de 2015.

Equipes de Saúde da Família – ESF ESB (competência de abril/2015)						
Serviço	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Municípios que aderiram ao serviço	Estimativa de População coberta	Cobertura populacional estimada
ESF	48.191	39.996	39.106	5.423	120.878.931	62,32

Fonte: Portal DAB – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a).

2.1.2.3. ESB 1 – EQUIPE DE SAÚDE BUCAL MODALIDADE 1

Equipe composta por um Cirurgião Dentista generalista ou especialista em saúde da família e um auxiliar em saúde bucal (ASB) Portaria GM/MS 2.488 de 21 de outubro de 2011 – Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2011e).

Financiamento:

R\$ 2.230,00 por mês e por ESB 1 implantada conforme Portaria GM/MS nº 978 de 16 de maio de 2012 (Brasil, 2012a).

OBS: Se a ESB for vinculada a ESF modalidade 1 (acima) fará jus a 50% a mais.

2.1.2.4. ESB 2 – EQUIPE DE SAÚDE BUCAL MODALIDADE 2

Equipe composta por um Cirurgião Dentista generalista ou especialista em saúde da família, um técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB) – Portaria GM/MS 2.488 de 21 de outubro de 2011 – Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2011e).

Financiamento:

R\$ 2.980,00 por mês e por ESB 2 implantada conforme Portaria GM/MS nº 978 de 16 de maio de 2012 (Brasil, 2012a).

OBS: Se a ESB for vinculada a ESF modalidade 1 (acima) fará jus a 50% a mais.

Situação Atual:

Até o início dos anos 2000 a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde, não havia nenhum tipo de recurso direcionada para esta área, o acesso era extremamente difícil e limitado e o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica.

Em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal por meio do Programa Brasil Sorridente. O principal objetivo do Programa Brasil Sorridente é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

As principais linhas de ação do programa são a reorganização da atenção básica em saúde bucal (principalmente com a implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família

ESF), a ampliação e qualificação da atenção especializada (especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

Ao final de 2012, a população brasileira contava já com 22.139 equipes de saúde bucal operando em 4.907 municípios. Também nesse exercício registrou-se a doação de 2.596 equipamentos odontológicos para apoio à implantação de novas equipes. A atuação governamental em saúde bucal foi expandida, em 2012, com a intensificação da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Entre 2004 e 2012 foram implantados 943 CEO em 771 municípios brasileiros. No ano de 2012, também foi atingido o número de 1397 Laboratórios de Prótese Dentária em funcionamento, distribuídos em 1.351 municípios brasileiros (Brasil, 2015a).

A inserção da saúde bucal nas equipes de saúde da família, embora tenha acontecido depois da implantação das ESF, passou a ser parte integrante desta estratégia considerando estes números apresentados.

O quadro abaixo mostra a situação atual das Equipes de Saúde Bucal em abril/2015 quando havia 24.175 ESB implantadas, sendo 21.934 na modalidade I e 2.241 na modalidade II distribuídas em 4.978 municípios que aderiram ao programa.

Quadro 2. Equipes de Saúde Bucal – ESB por modalidade e situação e quantidade de municípios brasileiros que aderiram ao programa até a competência de abril de 2015.

Equipes de Saúde Bucal – ESB (competência de abril/2015)				
Modalidade	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Municípios que aderiram ao programa
ESB Mod. I	29.541	23.092	21.934	4.978
ESB Mod. II	3.860	2.325	2.241	
Total ESB	33.401	25.417	24.175	

Fonte: Portal DAB – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a).

2.1.2.5. NASF 1 – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA MODALIDADE 1

Equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior de modo que a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais; nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal. Deve estar vinculado a, no mínimo, 8 (oito) e no máximo 15 (quinze) ESF ou EAB, conforme Portaria GM/MS 2.488 de 21 de outubro de 2011 – Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2011e).

Financiamento:

R\$ 20.000,00 por mês e por NASF 1 implantada conforme Portaria GM/MS nº 548 de 4 de abril de 2013 (Brasil, 2013a).

2.1.2.6. NASF 2 – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA MODALIDADE 2

Equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior de modo que a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 horas semanais; nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal. Deve estar vinculado a, no mínimo, 3 (três) e no máximo 07 (sete) ESF ou EAB conforme Portaria GM/MS 2.488 de 21 de outubro de 2011 – Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2011e).

Financiamento:

R\$ 12.000,00 por mês e por NASF 2 implantada conforme Portaria GM/MS nº 548 de 4 de abril de 2013 (Brasil, 2013a).

Situação Atual:

Até o mês de abril de 2015 tínhamos 4.150 NASF implantados, sendo 2.395 tipo 1, 826 tipo 2 e 929 tipo 3. Há possibilidades de ampliação deste número considerando que havia 5.067 NASF credenciados pelo Ministério, isto é com documentação completa e Portaria de Habilitação publicada e 4.254 NASF cadastrados no sistema CNES porém com algum impedimento de implantação, possivelmente equipe incompleta ou falta de registro de produção.

Com a Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, foi instituído o NASF 3, onde cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada, com o financiamento de R\$ 8.000,00 para custeio.

Quadro 3. Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF por tipo e situação e quantidade de municípios brasileiros que aderiram ao programa até a competência de abril de 2015.

Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (competência de abril/2015)			
Tipo	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas
NASF tipo 1	2.962	2.465	2.395
NASF tipo 2	977	842	826
NASF tipo 3	1.128	947	929
Total NASF	5.067	4.254	4.150

Fonte: Portal DAB – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a).

2.1.2.7. ACS – AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Portaria GM/MS 2.488 de 21 de outubro de 2011 – Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2011e).

Financiamento:

R\$ 1.014,00 por mês e por Agente Comunitário de Saúde conforme Portaria GM/MS nº 314 de 28 de fevereiro de 2014 (Brasil, 2014a).

Situação Atual:

Podemos dizer que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde é um grande sucesso no Brasil, está implantado em 98,61% dos municípios brasileiros, com uma estimativa de 66,37% de cobertura populacional e atinge 265.242 Agentes Comunitários de Saúde efetivamente implantados.

Quadro 4. Agentes Comunitários de Saúde – ACS por situação, quantidade de municípios brasileiros que aderiram ao programa e estimativa de população coberta e proporção de cobertura populacional até a competência de abril de 2015.

Agentes Comunitários de Saúde – ACS (competência de abril/2015)						
Serviço	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Municípios que aderiram ao serviço	Estimativa de População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
ACS	332.289	269.906	265.242	5.493	128.739.214	66,37

Fonte: Portal DAB – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a).

2.1.2.8. PMAQ-AB – PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA.

Para se habilitar ao recebimento dos recursos as equipes devem ser contratualizadas. Inicialmente, na adesão, é repassado um percentual de vinte por cento do valor do incentivo para cada equipe, a partir da classificação alcançada no processo de certificação pode-se chegar ao valor integral do incentivo financeiro, conforme descrito no art. 16 da Portaria GM/MS nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011 (Brasil, 2011b).

Financiamento:

De acordo com a Portaria GM/MS 562 de 04 de abril de 2013 (Brasil, 2013b).

I – R\$ 8.500,00 por mês e por EAB.

II – R\$ 2.500,00 por mês e por ESB vinculada a uma ou duas EAB.

III – R\$ 5.000,00 por mês e por NASF 1;

IV – R\$ 3.000,00 por mês e por NASF 2.

Situação Atual:

O PMAQ é um programa de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. Lançado em 2011, o PMAQ da Atenção Básica (PMAQ-AB) contemplou em seu primeiro ciclo a adesão de equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica parametrizadas, incluindo equipes de saúde bucal. Em 2013 aconteceu o segundo ciclo do PMAQ com duas novidades. A primeira é a ampliação da adesão de equipes de Saúde da Família, atenção básica parametrizadas, e saúde bucal e sem limite para a adesão, isto é, todas as equipes do município poderão aderir ao programa. A segunda novidade é a inclusão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ao PMAQ. A partir da adesão, as equipes passam a receber 20% do recurso total designado a cada equipe participante do programa (Equipe de Saúde da Família, Saúde Bucal, NASF e CEO).

O PMAQ funciona por meio da indução de processos que buscam aumentar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em conjunto com as equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população. Por meio da construção de um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regionais e locais, o programa busca favorecer maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o Brasil.

Hoje participam do programa 30.522 equipes de atenção básica, e 19.946 equipes de Saúde Bucal e 1.813 NASF, que estão situadas em 5.077 municípios. O processo de certificação das equipes, que determina o volume de recursos a ser transferido aos municípios, é composto por três dimensões: uso de instrumentos autoavaliativos; desempenho em resultados do monitoramento dos 24 indicadores de saúde contratualizados; desempenho nos padrões de qualidade verificados in loco por avaliadores externos.

2.1.2.9. EMAD 1 – EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE ATENÇÃO DOMICILIAR – EMAD TIPO 1.

As equipes devem ser compostas com: Médicos, com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho; Enfermeiros, com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho; Fisioterapeuta e/ou assistente social, com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e Auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho conforme Portaria GM/MS nº 963 de 27 de maio de 2013 (Brasil, 2013c).

Financiamento:

R\$ 50.000,00 por mês e por equipe implantada conforme Portaria GM/MS 1.505 de 24 de julho de 2013 (Brasil, 2013g).

2.1.2.10. EMAD 2 – EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE ATENÇÃO DOMICILIAR – EMAD TIPO 2.

As equipes devem ser compostas com: Médico, com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho; Enfermeiro, com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; Fisioterapeuta ou Assistente Social com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e Auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho de acordo com a Portaria GM/MS nº 963 de 27 de maio de 2013 (Brasil 2013c).

Financiamento:

R\$ 34.000,00 por mês e por equipe implantada conforme Portaria GM/MS 1.505 de 24 de julho de 2013 (Brasil, 2013g).

2.1.2.11. EMAP- EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE APOIO.

De acordo com Portaria GM/MS 1.505 de 24 de julho de 2013 a EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior e a soma das CHS dos seus componentes acumularão, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho a nenhum profissional componente da EMAP poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho de acordo com a Portaria GM/MS nº 963 de 27 de maio de 2013 (Brasil 2013c).

Financiamento:

R\$ 6.000,00 por mês e por equipe implantada conforme Portaria GM/MS 1.505 de 24 de julho de 2013 (Brasil, 2013g).

Situação Atual:

Atualmente temos 988 EMAD tipo 1 implantadas e 78 EMAD tipo 2. Quanto às equipes de apoio EMAP, 641 equipes estão em atuação.

Quadro 5. Equipes de Atenção Domiciliar, segundo tipo, implantadas até a competência de abril de 2015.

Equipes de Atenção Domiciliar		
EMAD 1	EMAD 2	EMAP
988	78	641

Fonte: Portal DAB – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a).

2.1.2.12. PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE.

A Equipe deve ser composta por, pelo menos, um profissional com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais ou 2 (dois) profissionais com carga horária de 20 (vinte) horas semanais para desenvolver atividades no Programa Academia da Saúde, conforme Portaria GM/MS 2.684 de 08 de novembro de 2013 (Brasil 2013j).

O Programa Academia da Saúde pode estar vinculado a um NASF e neste caso o Programa deverá ter outro(s) profissional(is), cuja carga horária total seja de 40 (quarenta) horas a mais em relação à carga horária mínima exigida para o respectivo NASF, para cada polo vinculado, limitando-se a vinculação a até 3 polos conforme Portaria GM/MS 2.684 de 08 de novembro de 2013 (Brasil 2013j).

Financiamento:

Vinculado a um Estabelecimento de Atenção Básica. R\$ 3.000,00 por mês e por polo do Programa Academia da Saúde, financiado pelo PAB Variável conforme Portaria GM/MS 183 de 30 de janeiro de 2014 (Brasil 2014).

Vinculado a um NASF. R\$ 3.000,00 por mês e por polo do Programa Academia da Saúde, financiado pelo Piso Variável de Vigilância em Saúde – PVVS conforme Portaria GM/MS 183 de 30 de janeiro de 2014 (Brasil 2014).

Situação Atual:

De acordo com a base de dados do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a), temos atualmente 1.343 polos de Academia da Saúde.

2.1.2.13. CONSULTÓRIO NA RUA MODALIDADE I.

Equipe formada, minimamente, por quatro profissionais, excetuando-se o médico, sendo: a) dois profissionais de nível superior; e b) dois profissionais de nível médio conforme Portaria GM/MS 122 de 25 de janeiro de 2011 (Brasil, 2011).

Financiamento:

R\$ 9.500,00 por mês e por consultório na rua modalidade I implantado conforme Portaria GM/MS 122 de 25 de janeiro de 2011 (Brasil, 2011).

2.4.2.14. CONSULTÓRIO NA RUA MODALIDADE II

Equipe formada, minimamente, por seis profissionais, excetuando-se o médico, sendo: três profissionais de nível superior; e três profissionais de nível médio de acordo com a Portaria GM/MS 122 de 25 de janeiro de 2011 (Brasil, 2011).

Financiamento:

R\$ 13.000,00 por mês e por consultório na rua modalidade II implantado conforme Portaria GM/MS 122 de 25 de janeiro de 2011 (Brasil, 2011).

2.1.2.14. CONSULTÓRIO NA RUA MODALIDADE III

Equipe formada pela equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico de acordo com a Portaria GM/MS 122 de 25 de janeiro de 2011 (Brasil, 2011).

Financiamento:

R\$ 18.000,00 por mês e por consultório na rua modalidade III implantado conforme Portaria GM/MS 122 de 25 de janeiro de 2011 (Brasil, 2011).

Situação Atual:

Atualmente temos 988 EMAD tipo 1 implantadas e 78 EMAD tipo 2, quanto às equipes de apoio EMAP 641 equipes estão em atuação.

Quadro 6. Equipes de Atenção Domiciliar, segundo tipo, implantadas até a competência de abril de 2015.

Equipes do Consultórios na Rua			
ECR Modalidade I	ECR Modalidade II	ECR Modalidade III	Total de ECR Implantadas
26	57	51	134

Fonte: Portal DAB – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a).

2.2 Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

O Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade é formado por dois componentes: Componente do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

2.2.1. Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC;

No componente MAC estão os recursos para financiamento de procedimentos e de incentivos permanentes, sendo transferidos mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde – FNS aos Estados e municípios para custeio de ações de média e alta complexidade, em conformidade com o publicado

na Programação Pactuada e Integrada (PPI). No texto a seguir relacionamos os principais incentivos do Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC.

2.2.1.1. CEO I – Centro de Especialidades Odontológicas tipo I.

Além de cumprir requisitos de atividades que devem ser realizadas, equipamentos e materiais que devem ser disponibilizados, bem como mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados, a equipe do CEO tipo I deve possuir três ou mais cirurgiões dentistas e um auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico de acordo com a Portaria GM/MS nº 599 de 23 de março de 2006 (Brasil, 2006) alterada pela Portaria nº 1.464 de 24 de junho de 2011 (Brasil, 2011a).

Financiamento:

R\$ 8.250 por mês e por CEO Tipo I implantado e adicional de 20% para CEO aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência conforme Portaria GM/MS 1.341 de 13 de junho de 2012 (Brasil, 2012b).

2.2.1.2. CEO II – Centro de Especialidades Odontológicas tipo II.

Além de cumprir requisitos de atividades que devem ser realizadas, equipamentos e materiais que devem ser disponibilizados, bem como mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados, a equipe do CEO tipo II deve possuir quatro ou mais cirurgiões dentistas e um auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico. Portaria GM/MS nº 599 de 23 de março de 2006 (Brasil, 2006) alterada pela Portaria nº 1.464 de 24 de junho de 2011 (Brasil, 2011a).

Financiamento:

R\$ 11.000 mil por mês e por CEO Tipo II implantado e adicional de 20% para CEO aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência conforme Portaria GM/MS 1.341 de 13 de junho de 2012 (Brasil, 2012b).

2.2.1.3. CEO III – Centro de Especialidades Odontológicas tipo III.

Além de cumprir requisitos de atividades que devem ser realizadas, equipamentos e materiais que devem ser disponibilizados, bem como mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados, a equipe do CEO tipo II deve possuir sete ou mais cirurgiões dentistas e um auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico conforme Portaria GM/MS nº 599 de 23 de março de 2006 (Brasil, 2006) alterada pela Portaria nº 1.464 de 24 de junho de 2011 (Brasil, 2011b).

Financiamento:

R\$ 19.250 mil por mês e por CEO Tipo III implantado e adicional de 20% para CEO aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência conforme Portaria GM/MS 1341 de 13 de junho de 2012 (Brasil, 2012b).

Situação Atual:

De acordo com a base de dados do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a), temos atualmente 1.036 equipes de CEO Implantados, sendo 402 do tipo I, 508 do tipo II e 126 do tipo III.

Quadro 7. Centros de Especialidades Odontológicas, segundo tipo, implantadas até a competência de abril de 2015.

Centros de Especialidades Odontológicas			
CEO Tipo I	CEO Tipo II	CEO Tipo III	Total de CEO Implantados
402	508	126	1.036

Fonte: CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a).

2.2.1.4. PMAQ CEO COMPONENTE DE QUALIDADE DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE BUCAL.

O programa é composto por quatro fases distintas: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização, estas fases se sucedem e compõem um ciclo. Inicialmente é repassado um percentual de vinte por cento do valor do incentivo. Inicialmente, na adesão, é repassado um percentual de vinte por cento do valor do incentivo para cada equipe, a partir da classificação alcançada no processo de certificação pode-se chegar ao valor integral do incentivo financeiro, conforme descrito na Portaria GM/MS nº 261 de fevereiro de 2013 (Brasil, 2013).

Financiamento:

Conforme Portaria GM/MS nº 1.234 de 20 de junho de 2013 (Brasil, 2013d).

R\$ 8.250,00 por CEO do Tipo I;

R\$ 11.000,00 por CEO do Tipo II; e

R\$ 19.250,00 por CEO do Tipo III

2.2.1.5. SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÓVEL ÀS URGÊNCIAS SAMU 192.

Regulamentado pela Portaria GM/MS 2026 de 24 de agosto de 2011 (Brasil, 2011c)

2.2.1.5.1. USB Terrestre – Unidade de Suporte Básico de Vida:

Veículo tripulado por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;

Financiamento:

Unidade habilitada – R\$12.500,00 por mês e por veículo com equipe.

Unidade habilitada e qualificada – R\$ 20.875,00 por mês e por veículo com equipe.

2.2.1.5.2. USA Terrestre – Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre.

Veículo tripulado por no mínimo 3 profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;

Financiamento:

Unidade habilitada -R\$27.500,00 por mês e por veículo com equipe.

Unidade habilitada e qualificada – R\$ R\$ 45.925,00 por mês e por veículo com equipe.

2.2.1.5.3. Equipe Aeromédica (HELICÓPTERO)

Aeronave com equipe composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;

Financiamento:

Unidade habilitada – R\$27.500,00 por mês e por aeronave com equipe.

Unidade habilitada e qualificada – R\$ R\$ 45.925,00 por mês e por aeronave com equipe.

2.2.1.5.4. Equipe de Embarcação (AMBULANCHA)

Equipe composta por 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;

Financiamento:

Unidade habilitada – R\$27.500,00 por mês e por embarcação com equipe.

Unidade habilitada e qualificada – R\$ R\$ 45.925,00 por mês e por embarcação com equipe.

2.2.1.5.5. Motolância.

Motocicleta conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância.

Financiamento:

Motolância habilitada – R\$7.000,00 por mês e por veículo com condutor.

Motolância habilitada e qualificada – R\$ 7.000,00 por mês e por veículo com condutor.

2.2.1.5.6. Veículo de Intervenção Rápida – VIR

Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

Financiamento:

VIR habilitado – R\$27.500,00 por mês e por VIR com equipe

b) VIR habilitado e qualificado – R\$ R\$ 45.925,00 por mês e por VIR com equipe.

2.2.1.5.7. Centrais de Regulação para populações abaixo de 350.000 habitantes.

Central de Regulação Médica das Urgências são estruturas físicas constituídas por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência.

Financiamento:

De acordo com a Portaria GM/MS Nº 2.301 de 29 de setembro de 2011 (Brasil, 2011d).

Habilitada – R\$ 30.000,00 por mês e por Central de Regulação.

Habilitada e Qualificada – R\$ 50.100,00 por mês e por Central de Regulação.

2.2.1.5.8. Centrais de Regulação para populações acima de 350.000 habitantes.

Central de Regulação Médica das Urgências são estruturas físicas constituídas por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência.

Financiamento:

De R\$ 49.000,00 a R\$ 407.480,00 de acordo com o porte populacional previsto na tabela 5 da Portaria GM/MS 2026 de 24 de agosto de 2011 (Brasil, 2011c).

2.2.1.5.9. Centrais de Regulação para populações acima de 350.000 habitantes.

O CEREST tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais. Poderão ser implantados CERESTs, de abrangência estadual, regional e municipal. A implantação de CERESTs de abrangência municipal está condicionada a uma população superior a 500 mil habitantes.

Financiamento:

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST são financiados de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.728 de 11 de novembro de 2009 (Brasil, 2009a).

CEREST MUNICIPAIS E REGIONAIS, sob gestão estadual ou municipal – R\$ 30.000,00 por mês e por CEREST implantado.

CEREST ESTADUAIS – R\$ 40.000,00 por mês e por CEREST implantado.

2.2.2. Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

No componente FAEC estão os recursos para custeio dos procedimentos:

- a) regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC);
- b) transplantes e procedimentos vinculados;
- c) ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido;
- d) novos procedimentos não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, sendo que esses últimos serão custeados pelo FAEC por um período de seis meses para permitir a formação da série histórica necessária à sua agregação ao componente MAC.

2.3. Bloco de Vigilância em Saúde

Os recursos federais que compõem o bloco financeiro de Vigilância em Saúde dos municípios, do Distrito Federal e dos Estados representam o agrupamento das ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e de vigilância sanitária. O bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde é constituído por dois componentes: Componente da Vigilância e Promoção da Saúde e Componente da Vigilância Sanitária.

A Portaria GM/MS nº 1.378, de 9 de julho de 2013 (Brasil, 2013e), regulamentou as responsabilidades e definiu as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente do Bloco de Vigilância em Saúde, desde que cumpridas as finalidades previamente pactuadas no âmbito da CIT para execução das ações e observada a legislação pertinente em vigor.

Os recursos do Bloco de Vigilância em Saúde serão repassados mensalmente de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios para uma conta única e específica.

2.3.1 – Componente da Vigilância em Saúde

O Componente de Vigilância em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de: vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos e dos seus fatores de risco e promoção.

Os recursos oriundos do Componente de Vigilância em Saúde são constituídos de dois recursos: Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS).

2.3.1.1. Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS)

O PFVS compõe-se de um valor “per capita” estabelecido com base na estratificação das unidades federadas em função da situação epidemiológica e grau de dificuldade operacional para a execução das ações de vigilância em saúde. Os valores do PFVS serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A divisão dos recursos que compõem o PFVS entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde será aprovada no âmbito da CIB, observados os seguintes critérios:

- I – as Secretarias Estaduais de Saúde perceberão valores equivalentes a, no mínimo, 10% (dez por cento) do PFVS atribuído ao Estado correspondente e de acordo com sua base populacional;
- II – cada Município perceberá valores equivalentes a no mínimo 60% (sessenta por cento) do “per capita” do PFVS atribuído ao Estado correspondente e de acordo com sua base populacional;
- III – cada capital e Município que compõe sua região metropolitana perceberá valores equivalentes a no mínimo 80% do “per capita” do PFVS atribuído ao Estado correspondente e de acordo com sua base populacional.

Quadro 8. Divisão dos recursos que compõem o PFVS por ente federativo.

ENTE FEDERADO	MÍNIMO	MÁXIMO
Estado	10%	40%
Municípios	60%	90%
Capitais e Municípios da sua região metropolitana	80%	90%

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal perceberá o montante total relativo ao PFVS atribuído a esta unidade federativa.

2.3.1.2. Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS).

O PVVS é constituído pelos seguintes incentivos financeiros específicos, recebidos mediante adesão pelos entes federativos, regulamentados conforme atos específicos do Ministro de Estado da Saúde:

I – incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde.

O incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, do PVVS, foi composto pela unificação dos seguintes incentivos:

- I – Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE);
- II – Serviço de Verificação de Óbito (SVO);
- III – Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP);
- IV – Apoio de laboratório para o monitoramento da resistência a inseticidas de populações de “*Aedes aegypti*” provenientes de diferentes Estados do País;
- V – Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (FINLACEN);
- VI – Vigilância Epidemiológica da Influenza;
- VII – Ações do Projeto Vida no Trânsito; e
- VIII – Ações de Promoção da Saúde do Programa Academia da Saúde.

As Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios que recebem os incentivos deste componente, garantirão a manutenção do conjunto de ações para os quais se destinam.

Os incentivos para estas ações deste componente estão regulados pela Portaria GM/MS nº 183 de 30 de janeiro de 2014 que regulamentou o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde. Como estas ações não são comuns à maioria dos municípios, não serão citadas neste texto, porém os interessados em conhecê-los devem procurar a referida Portaria.

II – incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais.

O incentivo para as ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/AIDS e Hepatites Virais será composto pela unificação dos seguintes incentivos:

- I – Qualificação das Ações de Vigilância e Promoção da Saúde as DST/AIDS e Hepatites Virais;
- II – Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS; e
- III – Fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV.

Parágrafo único. As Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios que recebem estes incentivos garantirão a manutenção do conjunto das ações programadas na oportunidade de sua instituição, incluindo o apoio a organizações da sociedade civil para o desenvolvimento de ações de prevenção e/ou de apoio às pessoas vivendo com HIV/AIDS e hepatites virais.

III – Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde.

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde tem como objetivo induzir o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde no âmbito estadual, distrital e municipal.

O detalhamento dos valores referentes ao repasse federal do Componente de Vigilância em Saúde é publicado rotineiramente por ato do Ministro de Estado da Saúde.

2.3.2. Componente da Vigilância Sanitária

O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, constituído de dois recursos; Piso Fixo de Vigilância Sanitária – PFVisa e Piso Variável de Vigilância Sanitária – PVVisa.

2.3.2.1. Piso Fixo de Vigilância Sanitária – PFVisa

Este recurso é destinado 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.

Os valores do PFVisa são repassados mensalmente de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde.

O PFVisa, é destinado ao Distrito Federal e os Estados, para estruturação dos serviços estaduais de vigilância sanitária, para o fortalecimento do processo de descentralização e para a execução das ações de vigilância sanitária e é composto por valor “per capita” estadual e por valores destinados ao FINLACEN-VISA.

A Portaria GM/MS 475 de 31 de março de 2014 (Brasil, 2014b) definiu que o valor per capita, do PFVisa destinado aos Estados deve ser calculado à razão de R\$ 0,30 (trinta centavos) por habitante/ano e prevê um mínimo de R\$ 630.000,00 (seiscentos e trinta mil reais) por ano.

O PFVisa, para os Municípios, é composto por valor “per capita” municipal destinado às ações estruturantes e estratégicas de vigilância sanitária para estruturação dos serviços municipais de vigilância sanitária, para o fortalecimento do processo de descentralização e para a execução das ações de vigilância sanitária.

Para os municípios, a Portaria GM/MS 475 de 31 de março de 2014 (Brasil, 2014b) definiu que o valor per capita, do PFVisa deve ser calculado à razão de R\$ 0,60 (sessenta centavos) por habitante/ano, com um mínimo de R\$ 12.000,00 (doze mil reais) por ano. Para o Distrito Federal este valor é de R\$ 0,90 (noventa centavos) por habitante/ano que representa o somatório do valor estadual e municipal.

Os valores do PFVisa são ajustados anualmente com base na população estimada pelo IBGE.

2.3.2.2. Piso Variável de Vigilância Sanitária – PVVisa.

Este recurso é destinado a Estados, Distrito Federal e Municípios, na forma de incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária.

O PVVisa é constituído por incentivos financeiros específicos para implementação de estratégias nacionais de interesse da vigilância sanitária, relativas à necessidade de saúde da população, definidas de forma tripartite.

O detalhamento dos valores do PFVisa e PVVisa são definidos em ato específico publicado pelo Ministério da Saúde.

2.4 Bloco de Assistência Farmacêutica

O bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

2.4.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica;

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos do elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, ou seja, medicamentos e insumos para a atenção básica em saúde e para as ações relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013 (Brasil, 2013i), o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme normas estabelecidas nesta Portaria, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios:

I – União: R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS;

II – Estados: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulínodépendentes estabelecidos na Portaria GM/MS nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007 (Brasil, 2007a), constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS; e

III – Municípios: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulínodépendentes estabelecidos na Portaria GM/MS nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007 (Brasil, 2007a), constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS.

2.4.2 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica e programas de saúde estratégicos.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), são considerados estratégicos todos os medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico, cujo controle e tratamento tenham protocolo e normas estabelecidas e que possuam impacto socioeconômico. São doenças que atingem ou põem em risco a saúde das coletividades e têm como importante estratégia o controle de endemias focais e tratamento dos portadores de algumas doenças transmissíveis como a malária, leishmaniose, doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional que acometem populações de áreas específicas do país além do controle da tuberculose e da hanseníase. Também são considerados estratégicos os antirretrovirais do Programa DST-Aids; sangue/hemoderivados; e imunobiológicos.

O financiamento do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica é definido da seguinte forma:

Ao Ministério da Saúde compete a elaboração dos protocolos de tratamento, o planejamento, a aquisição centralizada e a distribuição dos medicamentos, produtos e insumos aos Estados. Às Secretarias Estaduais de Saúde compete o armazenamento dos produtos e a distribuição às regionais ou municípios e, aos municípios, compete a dispensação destes medicamentos e insumos nas unidades de saúde definidas pela gestão municipal.

2.4.3. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

As regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) está definido na Portaria GM/MS nº 1.554 de 30 de julho de 2013 (Brasil, 2013).

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.

Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste componente estão divididos em três grupos conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas:

- I – Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo dividido em:
 - a) Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e
 - b) Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
- II – Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e
- III – Grupo 3: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Os grupos acima são definidos de acordo com os seguintes critérios gerais:

- I – complexidade do tratamento da doença;
- II – garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado; e
- III – manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS.

O Grupo 1 é definido de acordo com os seguintes critérios específicos:

- I – maior complexidade do tratamento da doença;
- II – refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento;
- III – medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e
- IV – medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.

O Grupo 2 é definido de acordo com os seguintes critérios específicos:

- I – menor complexidade do tratamento da doença em relação ao Grupo 1; e
- II – refratariedade ou intolerância a primeira linha de tratamento.

O Grupo 3 é definido de acordo com os medicamentos constantes no Componente Básico da Assistência Farmacêutica e indicados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados na ver-

são final pelo Ministério da Saúde como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

O elenco dos medicamentos de cada grupo é descrito nos anexos das Portarias que definem as regras deste componente.

2.5. Bloco de Gestão do SUS

O bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes: Componente para a Qualificação da Gestão do SUS e Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.

2.5.1. Componente para a Qualificação da Gestão do SUS.

A transferência dos recursos do Componente para a Qualificação da Gestão do SUS segue critérios estabelecidos em ato normativo específico e diz respeito ao incentivo de custeio para as ações de auditoria, monitoramento, e avaliação da gestão do SUS, ouvidoria, participação e controle social.

2.5.2. Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.

A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica.

2.6. Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Em 2009, a Portaria GM/MS n. 837, de 23 de abril (Brasil, 2009) alterou e acrescentou dispositivos à Portaria GM/MS n. 204/2007 (Brasil, 2007), para inserir o bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

O bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde é composto por recursos financeiros que são transferidos mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação de projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado ao Ministério da Saúde.

Esses projetos deverão ser submetidos à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que avaliará sua conformidade com: o Plano Estadual de Saúde (PES); o Plano Diretor de Regionalização (PDR); e o Plano Diretor de Investimento (PDI).

Os projetos aprovados serão formalizados em portaria do Ministério da Saúde, com o valor, o período de execução e o cronograma de desembolso dos recursos financeiros a serem transferidos.

3. NORMAS PARA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS TRANSFERIDOS

3.1. Utilização dos recursos transferidos

Segundo a Portaria GM/MS nº 204 de 29 de janeiro de 2007 (Brasil, 2007), os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio

bloco. Um cuidado especial deve ser tomado com a utilização de recursos do Bloco da Atenção Básica que se configura como grande demanda de auditorias pela sua utilização em ações inerentes ao Bloco da Média e Alta Complexidade.

Grosso modo, os recursos do PAB fixo e variável e os recursos do MAC que sozinhos representam a maior parte dos repasses federais para os municípios, devem ser utilizados no custeio das ações inerentes da Atenção Básica e da Média e Alta Complexidade, respectivamente, portanto é possível sim pagar os salários líquidos dos trabalhadores que atuam diretamente nas atividades da atenção básica e da Média Complexidade, respectivamente. O que não é permitido é pagar os encargos sociais destes trabalhadores que deve ser uma atribuição do empregador, no caso o município.

Despesas de capital na aquisição de equipamentos com estes recursos até são aceitas pelos tribunais de contas, porém, há de se tomar o cuidado de se comprovar a utilização destes equipamentos adquiridos exclusivamente na Atenção Básica ou na Média Complexidade, dependendo da origem do recurso. Por outro lado, há um bloco de investimento para financiar a compra destes equipamentos, por este motivo, deve-se evitar esta situação.

Os recursos referentes aos Blocos de Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e Assistência Farmacêutica não poderão ser utilizados para o pagamento de:

- I – servidores inativos;
- II – servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
- III – gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
- IV – pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e
- V – obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

Findo o exercício anual, eventuais saldos financeiros disponíveis no Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica poderão ser remanejados para os outros Blocos de Financiamento, exceto para o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, e desde que sejam cumpridos previamente os seguintes requisitos:

- I – tenham sido executadas todas as ações e serviços previstos no Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica;
- II – elaboração de Plano de Aplicação da destinação dos recursos financeiros que serão remanejados, de acordo com a Programação Anual de Saúde;
- III – dar ciência do Plano de Aplicação, previsto no inciso anterior, ao respectivo Conselho de Saúde;
- IV – aprovação do Plano de Aplicação previsto no inciso II pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e
- V – inclusão da execução do Plano de Aplicação, previsto no inciso II, no Relatório Anual de Gestão (RAG)

É vedada a aplicação dos recursos disponibilizados por meio do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde em investimentos em órgãos e unidades voltados exclusivamente à realização de atividades administrativas.

3.2. Movimentação dos recursos transferidos

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012), além de definir os percentuais mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e descrever quais ações e serviços públicos podem e não podem ser consideradas gastos com saúde, esta Lei instituiu também as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos e em situações específicas, os recursos federais e estaduais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, adotados quaisquer dos meios formais previstos na Constituição Federal e observadas as normas de financiamento.

Os recursos da União devem ser movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal, e as movimentações dos recursos deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

3.3. Suspensão do repasse dos recursos

O Decreto Federal nº 7.827 de 16 de outubro de 2012 (Brasil, 2012c) regulamentou os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde, verificados por meio das informações homologadas no SIOPS ou pela falta de informações do ente federado no SIOPS.

O Decreto 7.827 (Brasil, 2012c) prevê inclusive a suspensão das Transferências Constitucionais quando o ente federativo não comprovar no SIOPS, no prazo de doze meses, contado do depósito da primeira parcela direcionada ao Fundo de Saúde, a aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores, ou quando não houver declaração e homologação das informações no SIOPS, transcorrido o prazo de trinta dias da emissão de notificação automática do Sistema para os gestores.

As Transferências Voluntárias da União também poderão ser suspensas quando constatado o descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelos Estados e Municípios e na ausência de declaração e homologação das informações no SIOPS, transcorrido o prazo de trinta dias da emissão de notificação automática do Sistema para os gestores.

3.4. Fiscalização na utilização dos recursos transferidos.

Compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de suas atribuições, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição. Esta verificação será realizada por meio das informações homologadas no SIOPS sem prejuízo de outras formas de verificação.

Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos repassados estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso para a adoção das providên-

cias legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse e a responsabilização nas esferas competentes.

3.5. Prestação de Contas e Transparência na utilização dos recursos.

De acordo com a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012) os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios devem dar ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade e a transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

3.5.1. SIOPS – Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

Definido pelo Decreto 7.827 (Brasil, 2012c), o SIOPS é o sistema informatizado de acesso público, gerido pelo Ministério da Saúde, para o registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

O gestor do SUS de cada ente da Federação será responsável pelo registro dos dados no SIOPS nos prazos definidos pelo Ministério da Saúde, e pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais será conferida fé pública.

Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e dos Tribunais de Contas, a verificação do cumprimento de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelos entes federativos, para fins de condicionamento das transferências constitucionais e suspensão das transferências voluntárias, será realizada por meio das informações homologadas no SIOPS.

3.5.2. Audiência Pública

O gestor do SUS em cada ente da Federação deve elaborar relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, e apresentar até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação. Este relatório deve conter, no mínimo, as seguintes informações:

- I – montante e fonte dos recursos aplicados no período;
- II – auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
- III – oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

3.5.3. Relatório Anual de Gestão

Os recursos oriundos de transferências da União e dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde e realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, devem ter sua prestação de contas apresentada no Relatório Anual de Gestão.

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem enviar Relatório Anual de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas ao qual será

dada ampla divulgação. Estes Relatórios de Gestão são disponibilizados num sistema de acesso livre ao público, o SARGSUS – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão, neste sistema é possível visualizar todos os Relatórios de Gestão de todos os municípios do país.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da redução, desde o ano 1995, do percentual dos gastos federais com ações e serviços públicos de saúde comparado ao percentual de gastos dos municípios e do estado, o Ministério da Saúde continua sendo, depois do próprio município, o principal financiador do SUS municipal com participação de quase 40% no ano de 2013.

Segundo dados anuais da dotação atualizada de todos os municípios brasileiros, disponível no SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde de 2013, verifica-se que 40,39% das despesas totais em saúde são provenientes de transferências SUS, federal ou estadual, e destas transferências SUS, observamos que 91,92% são oriundas do Ministério da Saúde.

Há de se levar em consideração que os estados realizam ações e serviços por meio de unidade de saúde próprias gerenciadas diretamente ou por meio de parcerias com entidades privadas, que atendem a população dos municípios e o gasto com estas ações e serviços não aparecem nesta conta.

Neste capítulo foi informado, sempre que possível, a Portaria ou o ato normativo que regulamenta o custeio e o recurso atualmente destinado para cada ação e em cada componente, porém sabe-se que estas Portarias e atos normativos são reeditadas frequentemente, mas é possível, a partir deste registro entender como se dá, principalmente o financiamento federal para as ações e serviços de saúde e fica mais fácil inclusive, de se verificar se houve mudança na legislação consultando o endereço eletrônico onde está disponibilizada esta Portaria.

Em cada bloco e componente fizemos uma explicação de como utilizar os recursos transferidos e ao final no capítulo de normas para utilização dos recursos transferidos na parte utilização dos recursos transferidos apresentamos algumas orientações e normas legais, porém recomendamos sempre tomar conhecimento integral da Portaria citada como referência.

5. REFERÊNCIAS

- Benevides RPS. Financiamento do SUS na região metropolitana do Rio de Janeiro nos anos 2000 [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [internet]. Brasília: Senado Federal; 1988 [acesso 2015 jul 02]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 [acesso 2015 mar 18]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União; 1990a set 20. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

- Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro 1990 [acesso 2015 mar 18]. 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 [internet]. Diário Oficial da União. 1990b dez 28. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142.htm>
- Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 [acesso 2015 mar 18]. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde [internet]. Diário Oficial da União. 2000 set 14. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 822, de 17 de abril de 2006a [acesso 2015 fev 28]. Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0822_17_04_2006.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006b [acesso 2015 maio 15]. Divulga o pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 599, de 23 de março de 2006c [acesso 2015 mar 04]. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento [internet]. Diário Oficial da União; 2006c mar 24. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-599.htm>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Universidade Federal Fluminense. Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde [documentário]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006d [acesso 2015 jul 05]. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=11133&tipo=B>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007a [acesso 2015 fev 28]. 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 [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007b [acesso 2015 mar 18]. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583_10_10_2007.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 90, de 17 de janeiro de 2008a [acesso 2015 fev 28]. Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de Equipes Saúde da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0090_17_01_2008.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.920, de 2 de dezembro de 2008b [acesso 2015 fev 28]. Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família que atuem em áreas prioritizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2920_02_12_2008.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009a [acesso 2015 mar 18]. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html.

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009b [acesso 2015 mar 05]. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011a [acesso 2015 mar 04]. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011b [acesso 2015 mar 04]. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.026, de 24 de agosto de 2011c [acesso 2015 mar 05]. Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2026_24_08_2011.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.301, de 29 de setembro de 2011d [acesso 2015 mar 05]. Altera os artigos. 35 e 40 da Portaria nº 2.026/GM/MS, de 24 de agosto de 2011, que aprova as Diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2301_29_09_2011_comp.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011e [acesso 2015 fev 28]. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
- Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 [acesso 2015 maio 15]. 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 [internet]. Diário Oficial da União. 2011f jun 29. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ef034f00489ab23ba9bebbe2d0c98834/Decreto_7.50_de_28_de_junho_de_2011.pdf?MOD=AJPERES
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011g [acesso 2015 mar 04]. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 978, de 16 de maio de 2012a [acesso 2015 fev 28]. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0978_16_05_2012.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012b [acesso 2015 mar 04]. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e dá outras providências [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html.
- Brasil. Decreto Federal nº 7.827, de 16 de outubro de 2012 [acesso 2015 mar 20]. Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento

- das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 2012c out 17. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm.
- Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 [acesso 2015 mar 18]. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis números 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 2012d jan 16. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013a [acesso 2015 fev 28]. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3 [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0548_04_04_2013.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 562, de 4 de abril de 2013b [acesso 2015 fev 28]. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável) [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0562_04_04_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013c [acesso 2015 mar 04]. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.234, de 20 de junho de 2013d [acesso 2015 mar 04]. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-CEO, denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1234_20_06_2013.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013e [acesso 2015 mar 18]. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.409, de 10 de julho de 2013f [acesso 2015 fev 28]. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1409_10_07_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.505, de 24 de julho de 2013g [acesso 2015 mar 05]. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1505_24_07_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013h [acesso 2015 mar 18]. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013i [acesso 2015 mar 18]. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica

- no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.834, de 27 de agosto de 2013j [acesso 2015 mar 04]. Institui e redefine valores diferenciados de custeio às Equipes de Saúde da Família que possuam profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1834_27_08_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 261, de 21 de fevereiro de 2013k [acesso 2015 mar 04]. Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0261_21_02_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.684, de 8 de novembro de 2013L [acesso 2015 mar 04]. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio no âmbito do Programa Academia da Saúde e os critérios de similaridade entre Programas em Desenvolvimento no Distrito Federal ou no Município e o Programa Academia da Saúde [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 314, de 28 de fevereiro de 2014a [acesso 2015 fev 28]. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0314_28_02_2014.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 475, de 31 de março de 2014b [acesso 2015 mar 18]. Estabelece os critérios para o repasse e monitoramento dos recursos financeiros federais do Componente da Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, para Estados, Distrito Federal e Municípios, de que trata o inciso II do art. 13 da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2014 [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0475_31_03_2014.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 183, de 30 de janeiro de 2014c [acesso 2015 mar 31]. Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0183_30_01_2014.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [internet] Portal da Saúde: histórico de cobertura da saúde da família [acesso 2015a jul 17]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portal-dab/historico_cobertura_sf.php
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde [acesso 2015b jul 17]. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/visao/graficoComparativo.jsf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde [internet]. CNESNet – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [acesso 2015c jul 17]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>
- Carvalho G. A saúde pública brasileira precisa de mais recursos do governo federal. Publicado em: 2012 abr 20 [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: <http://www.saudemaisdez.org.br/index.php/2012-10-10-19-31-44/opinia0/33-saude-publica>.
- Casarin LC. O financiamento do setor saúde. In: Pereira AC, organizador. Tratado de saúde coletiva em odontologia. Nova Odessa: Napoleão; 2009. p.73-95.
- Espírito Santo ACG, Tanaka OU. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). Ciên Saúde Colet. 2011; 16(3): 1875-85.
- Espírito Santo ACG, Fernando VCN, Bezerra AFB. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. Ciên Saúde Colet. 2012; 17(4): 861-71.

- Gonçalves RF, Bezerra AFB, Espírito Santo ACG, Sousa IMC, Duarte-Neto PJ, Brito e Silva KS. Confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(12): 2612-20.
- Marques RM, Mendes A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. *Econ Soc*. 2012; 21(2): 345-62.
- Marques RM, Mendes A. O financiamento do SUS sob os ventos da financeirização. *Ciê Saúde Colet*. 2009; 14(3): 841-50.
- Mendes A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. *Saúde Soc*. 2013a; 22(4): 987-93.
- Mendes A. Análise de conjuntura do financiamento público federal de saúde no Brasil. Publicado em: 2012 abr 14 [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: <http://www.saudemaisdez.org.br/index.php/2012-10-10-19-31-44/opiniaio/33-saude-publica>.
- Mendes A, Leite MG, Marques RM. Discutindo uma metodologia para a alocação equitativa de recursos federais para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Soc*. 2011; 20(3): 673-90.
- Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud Av*. 2013b; 27(78): 27-34.
- Pinto EG, Fleury S. Custeio do direito à saúde: em busca da mesma proteção constitucional conquistada pelo direito à educação. *Rev Direito Sanit*. 2012; 13(1): 54-80.
- Ribeiro JDT, Bezerra AFB. O protagonismo dos gestores locais de saúde diante da Emenda Constitucional nº 29: algumas reflexões. *Saúde Soc*. 2013; 22(4): 1014-23.
- São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS nº 57, de 7 de junho de 2013. Estabelece o Piso de Atenção Básica Estadual, bem como, a transferência de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, de forma direta e regular, nos moldes determinados pelo Decreto Estadual – 53.019, de 20 de maio de 2008, e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*. 2013 jun 08; n. 107, Seção 1, p.54.

CAPÍTULO 3 – O ESTADO BRASILEIRO E OS FUNDAMENTOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Autores:

Luís Fernando Nogueira Tofani

Cirurgião-Dentista, Secretário de Saúde de Mauá / SP

Especialista em Saúde Coletiva – PUCCAMP e Gestão Pública – IG/UNICAMP, Mestrando Curso de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Denise Sguarezi

Farmacêutica, Mestranda Curso de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos

- Apresentar os conceitos de Estado e os princípios da Administração Pública
- Debater os Modelos da Administração Pública
- Analisar o contexto atual da Administração Pública Brasileira

Conteúdo Programático

1. Introdução
2. Conceito de Estado
3. Fundamentos da Administração Pública
4. Administração Pública Brasileira no contexto atual
5. Referências

Leitura Obrigatória

Alcântara, C.M. O modelo gerencial: organizações públicas não estatais e o princípio da eficiência: uma visão jurídica e administrativa. Belo Horizonte: Fórum, 2009.

Rosa, MFE. Direito Administrativo: Estado, Administração Pública e outros temas. São Paulo: Saraiva; v.19, 216p, 10ª ed. 2009.

Zwick, E; et al. Administração pública tupiniquim: reflexões a partir da Teoria N e da Teoria P de Guerreiro Ramos. Cad EBAPE BR 2012, Jun 10(2):284-301.

Leitura complementar

Bresser Pereira, LC. A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado; 1997.

Faoro, R. Os Donos do Poder: Formação do Patronato Político Brasileiro. São Paulo: Globo; 1995.

Paes de Paula, A.P. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. RAE 2005, Jan/Mar 45(1): 36-49.

Atividades

Identifique os princípios e modelos da administração pública presentes no contexto de trabalho em que você está inserido.

1 – INTRODUÇÃO

Quando falamos em Estado, estamos falando exatamente de quê? Pelo dicionário, considerando-se as dimensões geopolíticas, Estado é a reunião daquilo que é responsável pela administração de um país, ou ainda, é a separação geográfica de certos países (FERREIRA, 1988). Para Max Weber o conceito de Estado está ligado à coação física legítima, através das ações de polícia, exército, tribunais e prisões. Também o Direito é entendido como uma ordem coercitiva e componente jurídico-organizacional da relação entre Estado e Sociedade (KELSEN, 1992).

Para Bresser Pereira (2010), um dos autores brasileiros que mais pesquisou e escreveu sobre administração pública, o Estado é formado por um aparelho ou organização e pelas instituições e seu sistema jurídico encabeçado por um governo.

Neste capítulo trataremos da denotação de Estado como estrutura administrativa pública e suas relações com as ideias de governo e nação.

2 – CONCEITO DE ESTADO

A concepção de Estado de direito surgiu na segunda metade do século XIX, vinculado as ideias políticas da época, contra o Estado absolutista tardio visando limitar o poder pelo direito, submetendo-os às normas jurídicas e contra o arbítrio. A partir da década de 50, no século XX, surge uma democracia mais completa que, transpõe o limiar da eleição de representantes políticos para o modo de decisão dos eleitos e, com a nova redação aprovada pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) em seu art. 1º, inicia-se o *Estado Democrático de Direito*, associando os aspectos de formação do governo, o modo pelo qual são escolhidos, os tomadores de decisão e a participação do povo na escolha dos governantes (MEDAUAR, 2012). Para Bresser-Pereira (2010) o Estado social-democrático assegura de forma universal, os direitos civis e sociais, sendo importante o papel do Estado no formato de sua administração pública.

No início do século XXI, o Estado Brasileiro permeia suas atividades na valorização dos direitos e garantias do indivíduo, isolado ou em grupos; nos *direitos fundamentais*: direito à vida, à integridade física, de locomoção; nos *direitos políticos*: direito de votar e de ser votado; nos *direitos sociais*, previstos nas Constituições Estaduais, como: direito ao trabalho, a moradia, à saúde, à previdência e ainda, nos *direitos de terceira ou quarta geração*: direito ao meio ambiente, ao lazer, não ser lesado como consumidor (MEDAUAR, 2012).

O conceito de Estado, “nação politicamente organizada” dotada de personalidade jurídica própria, concerne toda concepção moderna de organização e funcionamento dos serviços públicos, abrangendo todas as entidades estatais e seus prolongamentos administrativos, variando conforme o ângulo analisado, estando juridicamente constituído e obediente às suas próprias leis (MEIRELLES, 2004 e ROSA, 2009).

Os Elementos constituintes do Estado são originários e indissociáveis entre si, onde o Povo é o componente humano; o Território é a base fixa e o Governo Soberano (Soberania) detém e exerce o poder absoluto de autodeterminação e auto-organização emanado do Povo – elemento condutor do Estado. Não há Estado independente sem Soberania, organização e administração conforme a vontade livre de seu povo, em fazer cumprir as suas decisões, inclusive pela força, se necessária (MEIRELLES, 2004).

2.1 – SISTEMAS DE ATUAÇÃO ADMINISTRATIVA

Carvalho (2015) considera que as atividades desenvolvidas pelo Estado devem ser controladas pela sociedade, através de seus representantes, priorizando o interesse coletivo. Destarte, os diversos ordenamentos jurídicos de outros países retratam o regime adotado por seu Estado, obedecendo aos mecanismos de controle dos atos administrativos praticados pelo poder público, quais sejam ilegais ou ilegítimos, nas diferentes áreas de governo.

Ressaltam-se os sistemas de atuação administrativa do sistema inglês (sistema de jurisdição única), sistema francês (sistema do contencioso administrativo) e o Sistema Administrativo Brasileiro (CARVALHO, 2015).

2.2 – SEPARAÇÃO DE PODERES

Montesquieu formulou três funções estatais atribuídas a órgãos distintos e independentes entre si – legislação, execução e jurisdição, promovendo uma reação ao enfaixamento de poderes do monarca, impondo um freio e garantindo direitos aos indivíduos (MEDAUAR, 2012). Tais poderes são instrumentais e objetivam tão-somente o atendimento das finalidades do interesse público (poder de polícia, regulamentar, discricionário e disciplinar) (ROSA, 2009).

Os três Poderes do Estado (Legislativo, Judiciário e Executivo) são estruturais, praticam atos administrativos e exercem funções administrativas, estando sujeitas às normas constitucionais próprias. A função do *Legislativo* é atividade normativa – a elaboração da lei; a do *Executivo* é o exercício da função administrativa, conversão da norma abstrata em ato concreto; e a do *Judiciário* é a função jurisdicional, a aplicação da lei de forma coativa, substituindo a vontade das partes, compondo os conflitos ou resistências ao cumprimento das leis (ROSA, 2009).

Apesar da maioria dos ordenamentos manter o princípio da separação de poderes, dados corroboram que esta fórmula não se aplica à realidade político-institucional dos Estados. Neste final de século há uma maior complexidade em relação à época de Montesquieu, pois há instituições difíceis de enquadrar-se em algum dos três poderes, como o caso do Ministério Público e dos Tribunais de Contas (MEDAUAR, 2012).

Quadro 01 – Sistemas de Controle da Atuação Administrativa.

SISTEMAS DE CONTROLE DA ATUAÇÃO ADMINISTRATIVA		
Sistema francês (sistema do contencioso administrativo).	Conhecido como sistema da dualidade de jurisdição é aquele que proíbe o conhecimento, pelo poder judiciário, de atos ilícitos praticados pela Administração Pública, ficando estes atos sujeitos à chamada jurisdição especial do contencioso administrativo, formada por tribunais de natureza administrativa.	
Sistema inglês (sistema de jurisdição única).	Denominado de sistema da unicidade de jurisdição, é aquele no qual todos os litígios, sejam eles administrativos ou privados, podem ser levados à justiça comum, ou seja, ao Poder Judiciário, único com competência para dizer o direito aplicável aos casos litigiosos, de forma definitiva, com força de coisa julgada material. Nesse sentido, pode-se estabelecer que somente ao Poder Judiciário seja atribuída jurisdição, em sentido próprio.	IMPORTANTE! Trata-se do controle e da garantia do cidadão, a um poder-dever do Poder Público, não se traduzindo em uma faculdade do administrador, mas um verdadeiro dever da Administração Pública, o denominado princípio da autotutela.
Sistema Administrativo Brasileiro	O ordenamento jurídico brasileiro adotou desde a instauração da República o sistema inglês, também denominado de sistema de jurisdição única ou sistema de controle judicial (art. 5º, XXXV, da Constituição Federal). O controle judicial dos atos administrativos se baseia no fato de que o sistema brasileiro adota um sistema de freios e contrapesos entre os Poderes do Estado, uma vez que a própria Constituição Federal, em seu art. 2º, dispõe que “São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário”. A harmonia entre os Poderes justifica a possibilidade de controle exercido entre eles. No sistema nacional, o particular pode optar em resolver seus conflitos com a administração pública, instaurando processos administrativos perante ela ou poderá recorrer ao judiciário antes ou depois de esgotada a via administrativa. Ressalte-se ainda que a possibilidade de recorrer ao judiciário não depende do esgotamento das instâncias administrativas.	

FONTE: Carvalho, 2015.

2.3 – FONTES DE DIREITO

Fontes de Direito são a exteriorização do Direito ou sua formalização. Alguns autores separam as fontes em escritas, como *lei* (Constituição, Emenda Constitucional, Lei Complementar, Lei Orçamentária, Medida Provisória, Regulamento e outros), *Doutrina* e as não escritas: a *jurisprudência*, os *costumes* e os *princípios gerais de direito*. Ressalta-se, contudo, que há o entendimento que a Administração Pública, em razão do princípio da legalidade, não pode fundamentar seus atos na jurisprudência, nos costumes ou na doutrina (GASPARINI, 1995).

A mais importante das fontes do Direito Administrativo é a *Lei*, considerada como regra escrita, geral, abstrata, impessoal, devendo ser entendida em sentido amplo; material, formal – é todo ato ou disposição emanada do Poder Legislativo (ROSA, 2009 e GASPARINI, 1995). Toda e qualquer lei não deve ser entendida como fonte do Direito Administrativo apenas, a que regem os órgãos, agentes, as atividades públicas e as que dispõem sobre relações de interesse do Direito Administrativo.

A *Jurisprudência* versa sobre a reiteração uniforme de um comportamento tido como obrigação legal, decorrente de decisões jurisdicionais proferidas num mesmo sentido de certo preceito e incide em compor norma aplicável a hipóteses análogas. Por tratar-se de fonte não escrita relevante, doutrinadores desconsideram a aplicabilidade; contudo nos Estados Unidos da América do Norte tem força coercitiva devendo ser respeitados os precedentes judiciais, principalmente os das cortes superiores. No Brasil são respeitados pelas instâncias e juízes os julgados dos Tribunais por obrigação de força moral, provendo as omissões da lei, ajustando à sua interpretação e incidência e cumpre influência em razão da deficiência de legislação, representado pela praxe administrativa (atos rotineiros e repetitivos) (ROSA, 2009 e GASPARINI, 1995).

A *Doutrina* constitui-se de fonte secundária, formada por princípios aplicáveis resultantes de trabalhos dos especialistas do direito administrativo, sejam os livros, artigos, pareceres elaborados por estudiosos do ramo, ensejando a formação de arcabouço teórico do sistema normativo, fornecendo bases para elaboração de textos legais, para sentenças e acórdãos, interpretações de novas regras, resolvendo contradições, formulando definições e classificações (MEDAUAR, 2012).

Os *Princípios gerais de Direito* ou postulados que regem a legislação, atuam como pressupostos de todas as regras jurídicas. Estão expressos na CF/88, art. 37, constituído em princípios: da legalidade, da publicidade, da moralidade, da continuidade do serviço público, da indisponibilidade dos interesses, bens e serviços públicos cuja, inobservância, por parte da Administração Pública, é mais grave que o descumprimento de qualquer norma jurídica (GASPARINI, 1995).

2.4 – REGIME JURÍDICO-ADMINISTRATIVO

Refere-se à união dos princípios jurídicos do direito público e administrativo peculiares, que guardam entre si uma relação lógica de coerência e unidade compondo um sistema, condicionado a vontade da Administração, permitindo-lhes o exercício de prerrogativas e sujeições (ROSA, 2009).

Mello (2004) pondera que o progresso e as tendências futuras dependem, na maioria, da identificação de ideias centrais que norteiam a atualidade e a dedução dos princípios subordinados e subprincípios que presidem sua organicidade. Afluindo para caracterização normativa de interesses pertinentes à sociedade e não aos particulares, em função de dois princípios: a supremacia do interesse público e a indisponibilidade dos interesses públicos pela Administração.

A liberdade do indivíduo e a autoridade da Administração expõe uma ambiguidade da Administração. Di Pietro (2005) caracteriza a coexistência de *prerrogativas* outorgadas à Administração Pública para assegurar-lhes a autoridade necessária à consecução de seus fins (supremacia do interesse público

sobre o privado) e as *sujeições ou restrições* que restringem a autonomia de vontade da Administração Pública, somente atuar para atender ao interesse público, na forma permitida por lei, sob pena de nulidade do ato administrativo e até responsabilização da autoridade que o editou.

3 – FUNDAMENTOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A designação abrange a atividade de planejar, dirigir, comandar, como a atividade subordinada de executar. No direito público o sentido abrange a legislação e a execução que seriam: a função administrativa e a de governo, com finalidade de prestar serviços aos cidadãos, ou o bem da coletividade (DI PIETRO, 2005 e MATIAS PEREIRA, 2010).

A Administração Pública apresenta-se sob dois sentidos: em sentido *formal* ou *orgânico*, *subjetivo* designa o conjunto de entes instituídos para a consecução dos objetivos do Governo, que exercem a atividade administrativa (pessoas jurídicas, órgãos e agentes públicos). Compreende a administração Direta e Indireta; e em sentido *material* ou *funcional*, *objetivo* compreende o conjunto das funções necessárias aos serviços públicos em geral e a natureza da atividade exercida, em acepção operacional, é o desempenho perene e sistemático (MEIRELLES, 2004 e DI PIETRO, 2005).

Gurgel (2013) acrescenta aos sentidos objetivo e subjetivo o enfoque funcional, onde a Administração Pública é uma espécie de atividade, caracterizada pela adoção de providências de diversas naturezas, visando à satisfação imediata dos direitos fundamentais.

A Administração é o instrumental de que dispõe o *Estado* para pôr em prática as opções políticas do *Governo*, e relegá-los (os princípios) é desvirtuar a gestão dos negócios públicos e olvidar o que há de mais elementar para a boa guarda e zelo dos interesses sociais (MEIRELLES, 2004)

3.1 – PRINCÍPIOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A República Federativa do Brasil, conforme Cap. VII, Art. 37 da Constituição Federal de 1988,

“A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos seguintes princípios:

- *de legalidade;*
- *impeccabilidade;*
- *moralidade;*
- *publicidade;*
- *eficiência.*”

Princípios são proposições básicas, fundamentais, que condicionam as estruturas subsequentes, regem a administração pública e estão consubstanciados em regras de observância permanente e obrigatória, não obstante existam princípios não expressos, decorrentes do nosso regime político, a saber: indisponibilidade, continuidade, razoabilidade, proporcionalidade, autotutela, igualdade, ampla defesa,

contraditório, segurança jurídica ou controle judicial, hierarquia, poder-dever, especialidades, motivação e supremacia do interesse público (MEIRELLES, 2004 e Führer, 2008).

Fatores como o neoliberalismo, a ordem econômica mundial e a globalização, culminaram com a reforma administrativa no Brasil e a Emenda Constitucional nº19, de 04 de junho de 1998, alterou os dispositivos da Constituição Federal de 1988, quando propõe a transição da administração pública burocrática para a administração pública gerencial, cuja característica principal é o controle por resultados, e não por processos, através do Plano Direto do Aparelho do Estado.

Silva (1999) destaca dentre as modificações introduzidas pela Emenda da Reforma Administrativa, como ficou conhecida, aquelas relacionadas com a estabilidade dos servidores públicos, com o regime de remuneração dos agentes públicos, com a gestão gerencial da administração pública. Constitui-se um dos eixos da reforma do Estado, modificando efetivamente diversas áreas, visando garantir uma gestão pública menos burocrática e mais ágil.

Bresser-Pereira dispõe (1999): As “reformas administrativas” na América Latina costumam ser apenas mudanças *ad hoc* no organograma da administração, que são implementadas no momento em que o novo governo toma posse. Essas são falsas reformas que não envolvem mudanças institucionais significativas. Na verdade, foram apenas duas as verdadeiras reformas administrativas desde a construção dos estados nacionais modernos: a Reforma Burocrática ou Reforma do Serviço Público e a Reforma Gerencial da Administração Pública.

3.1.1 – Princípio da legalidade

Trata-se do mais importante, por ser essencial ao Estado Democrático de Direito, constitui-se de vetor basilar do regime jurídico-administrativo, permite a atuação do agente público apenas concedida ou deferida por norma legal, não se admitindo qualquer atuação sem prévia e expressa permissão (ROSA, 2009).

O administrador público durante a atividade funcional está sujeito aos mandamentos da lei e às exigências do bem comum, não podendo afastar-se ou desviar, sob pena de praticar ato inválido e expor-se a responsabilidade disciplinar, civil e criminal, conforme o caso (MEIRELLES, 2004). Não há liberdade ou vontade pessoal. Só é lícito fazer o que a lei autoriza. Conforme Führer (2008) o conceito contém em si não só a lei, mas também, o interesse público e a moralidade.

O Estado só faz o que a Lei determinar, contudo o cidadão pode fazer tudo o que a lei não proibir, de acordo com o art. 5, inciso II, da CF/88, mas o agir da Administração Pública necessita estar prevista em lei devendo agir como, quando e da forma que a lei assim determinar.

3.1.2 – Princípio da impessoalidade ou finalidade

Este princípio permite três abordagens: relacionada à *finalidade* da atuação administrativa que, impõe ao administrador público praticar ato para seu fim legal. Sendo vedada a prática do ato administrativo, sem interesse público ou conveniência para a Administração, visando unicamente a satisfazer interesses privados, por favoritismo ou perseguição dos agentes governamentais; a *imputação* da atuação do órgão ou entidade estatal e da *isonomia*, sendo obrigatório o tratamento igualitário de todos os administradores. Esse desvio de conduta dos agentes públicos constitui uma das mais insidiosas modalidades de *abuso de poder* (MEIRELLES, 2004 e ROSA, 2009).

Führer (2008) ressalta que a administração deve servir a todos, sem preferências ou aversões pessoais ou partidárias e o mérito dos atos pertence à administração, e não às autoridades que os executam. A publicidade dos órgãos públicos deve ser impessoal, não podendo conter nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal.

A Lei 9.784/99 refere-se ao princípio da finalidade nos processos administrativos, estes devem observar critérios de *“interpretação da norma administrativa da forma que melhor garanta o atendimento do fim público a que se dirige”*, vedada *“a promoção pessoal de agentes ou autoridades”* (BRASIL, 1988).

3.1.3 – Princípio da moralidade ou probidade administrativa

Constitui o pressuposto de validade de todo ato da Administração Pública, o agente público deve ter a capacidade de distinguir o bem do mal, o honesto do desonesto, não somente o legal do ilegal, os princípios éticos, a boa-fé, a lealdade. A atuação administrativa não pode contrariar a moral, os bons costumes, a honestidade (ROSA, 2009)

Bandeira de Mello diz “violar a moral corresponde a violar o próprio direito”; a moral administrativa é imposta ao agente público para sua conduta interna, segundo as exigências da instituição a que serve e a finalidade de sua ação: o bem comum (MEIRELES, 2004).

3.1.4 – Princípio da publicidade

Referem-se à divulgação oficial e ampla de atos, contratos e outros instrumentos celebrados pela Administração Pública direta, indireta ou fundacional, para conhecimento público e início de seus efeitos externos. Os atos públicos devem ter divulgação oficial, como requisito de sua eficácia, salvo as exceções previstas em lei (como segurança nacional – art. 5º, XXXIII, da Constituição Federal), certas investigações policiais (art. 20 do Código de Processo Penal – CPP), processos cíveis em segredo de justiça (art. 155 do Código de Processo Civil – CPC) e outros (MEIRELLES, 2004; ROSA, 2009 e Führer, 2008).

Rosa (2009) ressalta que a publicidade atinge os atos concluídos e em formação, os processos em andamento, os pareceres dos órgãos técnicos e jurídicos, os despachos intermediários e finais, as atas de julgamento das licitações e os contratos com quaisquer interessados, bem como os comprovantes de despesas e as prestações de contas submetidas aos órgãos competentes. Tudo relacionado a papel ou documento público que pode ser examinado na repartição por qualquer interessado, e dele pode obter certidão ou fotocópia autenticada para fins constitucionais.

3.1.5 – Princípio da eficiência

Introduzida pela Emenda Constitucional nº 19, é o mais moderno princípio da função administrativa, refere-se ao direcionamento da atividade e dos serviços à efetividade do bem comum, exigindo resultados positivos para o serviço público, e satisfatório atendimento das necessidades da comunidade e de seus membros, bem como imparcialidade, neutralidade, transparência (MEIRELLES, 2004).

Este princípio visa transformar o modelo de administração burocrática em administração gerencial – fundamentado no neoliberalismo, corrente de pensamento que defende o Estado mínimo, e apresenta-se sob dois aspectos: ao modo de atuação do agente público – na expectativa de maior desempenho atribuído, para lograr os melhores resultados e; ao modo de organizar, estruturar, disciplinar a Administração Pública, com objetivo de alcançar os melhores resultados na prestação do serviço público (VASCONCELOS, 2015).

Conforme Rosa (2009) e Alcântara (2009), não bastam a instalação do serviço público, exige-se que esse serviço seja eficaz e que atenda plenamente a necessidade para a qual foi criado com presteza, perfeição e rendimento funcional, ressaltando que apresenta contornos diferenciados entre as organizações privadas e públicas, conforme o interesse ou a necessidade dos cidadãos ou naquelas que predominam o interesse financeiro de seus proprietários e a maximização dos lucros.

As atividades de saúde, em sua maioria, não permitem uma avaliação direta e objetiva dos resultados, pois atua em sistemas abertos e complexos, dificultando a operacionalização, a mensuração e a avaliação da eficiência no setor público, há imperfeição dos indicadores de resultados, limitações burocráticas para redução de custos e resistências às avaliações (PAREJO, 1996; ALCÂNTARA, 2009; SEIXAS, 2003).

Parejo Alfonso (2009) considera que critérios como: inovação, adaptação a mudanças e aprendizagem organizacional, em uma organização devam ser considerados em uma avaliação e, não apenas um único critério. A avaliação no setor público, principalmente saúde e educação, abrange influência de fatores externos, dificuldades metodológicas, particularidades e o momento de cada país. Desta forma é importante considerar a qualidade do serviço baseada na visão do usuário, não centralizando nos aspectos econômicos, pois não há modelo generalizável para todos os países (DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ e RUEDA, 2005; ALCÂNTARA, 2009).

3.2 – PRINCÍPIOS NÃO EXPRESSOS NA CF/88:

3.2.1 – Princípio da continuidade

Os serviços públicos não podem parar, devendo manter-se em funcionamento, dentro das formas e períodos próprios de prestação, pois os anseios da coletividade não param. Com relação ao direito de greve ou paralisação dos serviços, não é concebida nos serviços de segurança pública, de distribuição de justiça, de transporte, de extinção de incêndios e dos funerários, pois o assunto ainda aguarda regulamentação por lei (BRASIL, 1988), mas não deveria haver greve sem limites no serviço público. Para os militares há proibição expressa de greve no art. 142, parágrafo 3º, IV, da Constituição Federal (ROSA, 2009).

3.2.2 – Princípio da razoabilidade

O princípio da proibição do excesso objetiva aferir a compatibilidade entre os meios e os fins, de modo a evitar restrições desnecessárias ou abusivas por parte da Administração Pública (MEIRELLES, 2004), ainda segundo Rosa (2009) a administração deve agir com bom senso, de modo razoável e proporcional.

3.2.3 – Princípio da autotutela

Trata-se das Súmulas 346 e 473 do Supremo Tribunal Federal, onde dispõe que a administração pode corrigir os atos irregulares ou inoportunos (através de revogação) e anular os atos ilegais (ou ilegítimos), respeitados os direitos adquiridos e indenizados os prejudicados, se for o caso. A Administração está obrigada a policiar, em relação ao mérito e à legalidade, os atos administrativos que pratica (GASPARINI, 1995).

3.2.4 – Princípio da indisponibilidade

Este princípio determina que os bens, direitos, interesses e serviços públicos não se encontram à livre disposição dos órgãos públicos, cabendo-lhes tão somente o dever de guardar e aprimorá-los para a finalidade que está vinculada (GASPARINI, 1995). A administração não pode transigir, ou deixar de aplicar a lei, senão nos casos expressamente permitidos. Nem dispor de bens, verbas ou interesses fora dos estritos limites legais (ROSA, 2009).

3.3 – CONCENTRAÇÃO E DESCONCENTRAÇÃO. CENTRALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO.

Refere-se às diferentes possibilidades de atuação administrativa a ser executada de diversas maneiras e, independente da interpretação adotada, tanto a descentralização quanto a desconcentração constituem-se como recursos utilizados na tentativa de democratizar um regime político, possibilitando a existência de uma maior participação popular e valorização das localidades (ALCÂNTARA, 2011).

CENTRALIZAÇÃO: Bortoleto (2015) cita como o desempenho da atividade administrativa do estado em seus próprios órgãos, sem transferi-la para outra pessoa jurídica. **DESCENTRALIZAÇÃO:** é a distribuição de competências de uma para outra pessoa, física ou jurídica (DI PIETRO, 2005). Rosa (2009) lembra que a Administração Indireta é apenas uma das formas de descentralização, havendo outras, como: os concessionários, permissionários e autorizatórios de serviços públicos.

Alcântara (2011) ressalta a interpretação adotada, pois, tanto a descentralização quanto a desconcentração constituem-se como recursos empregados na tentativa de democratizar um regime político, possibilitando a existência de uma maior participação popular e valorização das localidades. São diferentes na capacidade de autonomia, e unidas pela oposição à centralização.

Contudo, analisando a relação dialética dos fenômenos sociais, observa-se que tanto os fenômenos “centralizadores” quanto os “descentralizadores” implicam o mérito pela concentração de poder direta ou indiretamente, quando adquirido, por meio da concessão de autoridade e tomada de decisão sobre assuntos de interesse da população (ALCÂNTARA, 2011).

CONCENTRAÇÃO: a pessoa política desempenha a função administração por meio de um só órgão, sem divisão, realizando sua atividade administrativa de forma concentrada (BORTOLETO, 2015). **DESCONCENTRAÇÃO:** é uma distribuição interna de competências, dentro da mesma pessoa jurídica, ou seja, liga-se a hierarquia (DI PIETRO, 2005). Em uma entidade pública o serviço é distribuído entre seus próprios departamentos ou órgãos subalternos.

Conforme Mello (2010) a desconcentração pode ocorrer em três situações: em razão da matéria, do grau de hierarquia ou do território. Em razão da matéria temos órgãos específicos a determinadas áreas de políticas públicas como secretarias de Saúde, da Educação ou da Cultura. Já em razão do grau de hierarquia observamos a vinculação dos ministérios à Presidência da República, com atribuições específicas a eles delegadas. Em razão do território temos órgãos públicos de abrangência regional como a Superintendência da Receita Federal no estado da Bahia ou a Delegacia Regional do Ministério do Trabalho no estado do Rio de Janeiro.

Se a administração for realizada de forma concentrada ou desconcentrada, é só analisar se na pessoa estatal existe um órgão apenas ou, se há vários. Bortoleto (2015) ressalta que a desconcentração e a descentralização são viáveis se for originada por meio próprio, somente por lei é possível a criação de um órgão público (desconcentração; art. 48, XI, CF) ou, a criação de uma pessoa administrativa (descentralização, autarquia, fundação pública, sociedade de economia mista, empresa pública e consórcio público; CF, art. 37, XIX).

ENTES DE COOPERAÇÃO: Medauar (2012) instrui que existem entes que colaboram com o Estado em situação peculiar, perante a doutrina, sem enquadrarem-se nas administrações direta ou indireta, como: os serviços autônomos SESI, SENAI, SESC, as Ordens e Conselhos profissionais (Ordem dos Advogados, Ordem dos Músicos), empresas controladas pelo poder público, que não sejam empresas públicas ou sociedades de economia mista.

Quadro 02 – Formas de desempenho da atividade administrativa.

Formas de desempenho	Características relevantes
Concentrada	Atividade é realizada por um único órgão. Pessoa jurídica sem divisão interna.
Desconcentrada	Atividade é realizada por vários órgãos; Pessoa jurídica com divisão interna e, Distribuição interna de competência.
Centralizada	Atividade é realizada diretamente pela pessoa política, por meio de seus órgãos.
Descentralizada	Atividade é realizada por outra pessoa jurídica e, Distribuição externa de competências.

FONTE: Bortoleto, 2015.

3.4 – ADMINISTRAÇÃO DIRETA E INDIRETA

A Administração é definida como: “(i) o ato, processo ou efeito de administrar; (ii) o ato de reger, governar ou gerir negócios públicos (HOUAISS, 2001). O adjetivo *público* indica algo “(i) relativo ou pertencente a um povo, a uma coletividade; (ii) relativo ou pertencente ao governo de um país, estado, cidade etc.; (iii) que pertence a todo, comum; aberto”.

Matias-Pereira (2010) refere-se à soma de todo aparelho de Estado, estruturado para realizar os serviços públicos, visando a satisfação das necessidades da população, o bem comum. É a estrutura do Poder Executivo, com missão de coordenar e implementar as políticas públicas, possuindo atividades destinadas a execução de tarefas de “interesse público” ou comum numa coletividade ou organização estatal.

A Administração Pública direta e indireta, de qualquer dos poderes da União, dos estados, do Distrito Federal, dos municípios, entidades, órgãos e agentes, obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, visando permitir as instituições e pessoas alcançarem seus objetivos, atendendo a todos com igualdade e respeitando a constituição.

Curiosidade:

Assista ao vídeo:

<https://www.youtube.com/watch?v=KXNzZcpnSjU>

3.4.1 – ADMINISTRAÇÃO DIRETA

É definida como o conjunto dos órgãos integrados na estrutura da chefia do Executivo e na estrutura dos órgãos auxiliares da chefia do Executivo. Os entes que integram a Administração Pública Direta são: a Presidência da República, Ministérios, Estados-membros e Distrito Federal. A principal característica da Administração Pública Direta é o vínculo de subordinação – supremacia – hierarquia que liga seus órgãos. Estas estruturas se mantêm em nível federal, estadual e municipal (MEDAUAR, 2012).

3.4.2 – ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

Referem-se ao conjunto de entidades públicas dotadas de personalidade jurídica própria que executam, de modo descentralizado, serviços e atividades de interesse público (Quadro 3) (MATIAS PEREIRA, 2012). Medauar (2012) corrobora que entre a Administração Pública Direta e essas entidades não existem vínculos de hierarquia.

Quadro 3 – Representantes que integram a Administração Pública Indireta

Entes da Administração Indireta	Conceitos	Características
Autarquias	Entidade de direito público, com personalidade jurídica e patrimônios próprios, destinado à execução de atividades destacadas da Administração Direta.	Pessoas jurídicas públicas; Criada por lei; Capacidade de autoadministração; Autonomia frente ao poder que a criou; Dever de licitar; Excluída de falência; Responde diretamente por seus atos; O poder que a criou poderá na falta de recursos, ou no caso de sua extinção, responder subsidiariamente por ela. Ex.: Fazenda Pública.
Empresa Pública	Empresa de <i>capital inteiramente público</i> , dedicada à atividade econômica, porém com personalidade jurídica de direito privado.	Criação e extinção por lei; Pessoa jurídica de direito privada; Sujeição ao controle estatal, derrogação parcial do regime de direito privado por normas de direito público; Vinculação aos fins definidos na lei instituidora e desempenho de atividade de natureza econômica. Ex.: EP – Embrapa e, SEM – Petrobrás.
Sociedades de Economia Mista	Empresa de <i>capital público e particular</i> , com direção estatal e personalidade de direito privado, deve ter forma (organização) de <i>sociedade anônima</i> , e maioria de ações votantes nas mãos do poder público. Não se sujeitam a falência.	
Fundação	Pessoa jurídica composta por um patrimônio personalizado, por seu(s) fundador (es), para uma finalidade específica.	Pessoa jurídica de direito privado ou direito público; Não tem proprietário, titular, sócio ou acionista; Dever de licitar; Destinado apenas a um fim, dirigido por administradores ou curadores, conforme estatuto; Área privada: instituída por escritura pública ou testamento e, Área pública: é criada por lei ou, escritura pública – desde que autorizada por lei; Destinam-se a fins culturais, sociais, científicos, literários, artísticos, etc..Ex.: FUNAI.

FONTE: Führer, MCA e Führer, MRE. 2008.

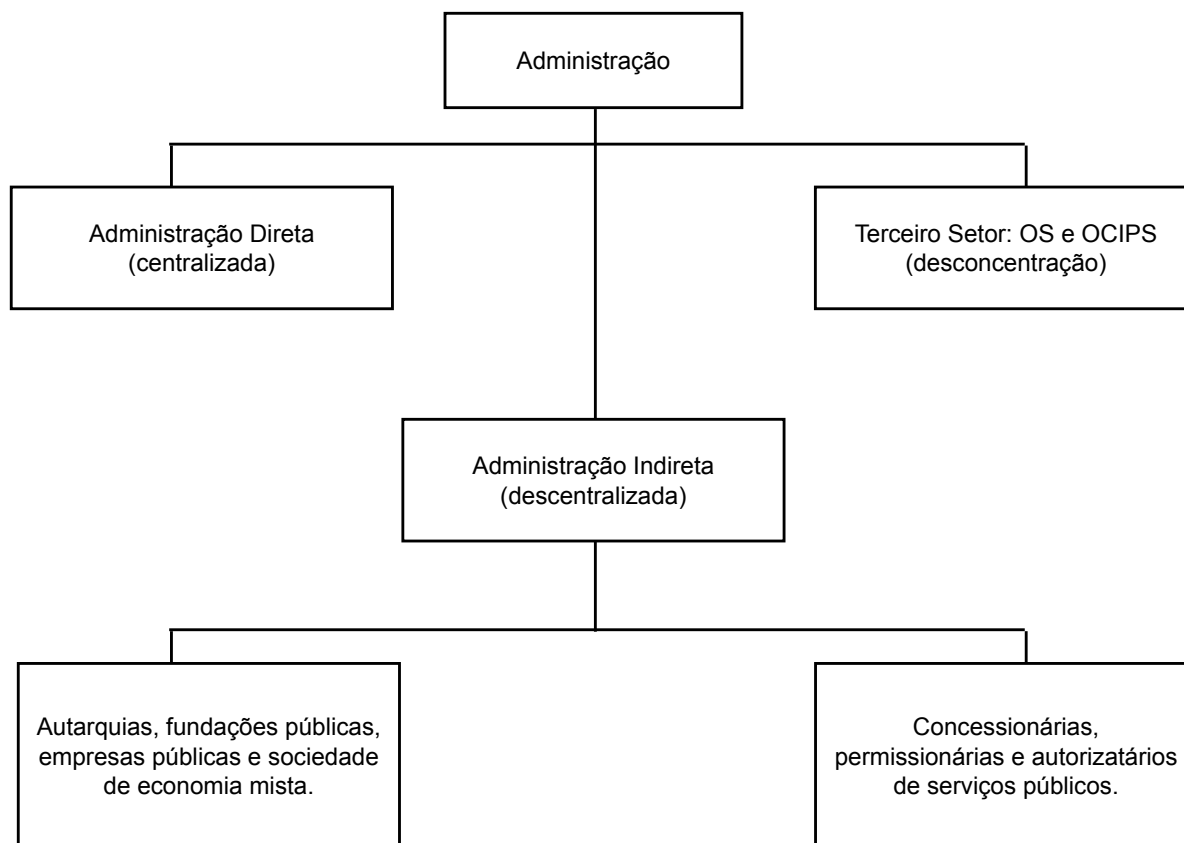


Figura 1 – Representação da organização da Administração Pública

FONTE: Führer, MCA e Führer, MRE. 2008.

3.4.3 – TERCEIRO SETOR. ENTES DE COOPERAÇÃO: ENTIDADES PARAESTATAIS.

Esta designação apareceu a partir da reforma administrativa, com objetivo de criar um instrumento que permitisse a transferência de certas atividades exercidas pelo Poder Público, e que seriam melhor executadas pelo setor privado, sem ocorrer concessão ou permissão (MARE, 1995). Meirelles (2004) refere-se a uma nova forma de *parceria*, com intuito implícito de exercer maior controle sobre as entidades privadas receptoras de verbas orçamentárias para consecução de fins assistenciais, nos serviços de interesse público, que não necessitam ser prestado pelos órgãos e entidades governamentais e não submetidas a qualquer controle de resultados.

Modesto (2005) define como entes privados de fins públicos, sem fins lucrativos com participação voluntária, auxiliares do Estado na persecução de atividade de relevante conteúdo social, enquanto Di Pietro (2005) frisa que são entidades públicas não-estatais, Públicas – pois prestam atividades de interesse público e, Não Estatais, porque não integram a administração pública direta e indireta, incluindo entidades declaradas de utilidade pública, Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e os Serviços Sociais Autônomos.

3.4.3.1 – ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

Alcântara (2009) define como entidades públicas não estatais de direito privado que possuem autonomia financeira e administrativa, passível de participar do orçamento público e receber benefícios (dotações orçamentárias, isenções fiscais).

Disciplinado pela Lei Federal nº 9.637 de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e a criação do Programa Nacional de Publicização, estão dispensadas de licitação e celebração de contratos de gestão firmados entre o Poder Público e as organizações sociais para a prestação de serviços públicos de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação ao meio ambiente, cultura e saúde.

Meirelles (2004) considera as organizações sociais como uma qualificação, um título, outorgado pela Administração a uma entidade privada, sem fins lucrativos, visando à obtenção de determinados benefícios do Poder Público (dotações orçamentárias, isenções fiscais, etc.), com intuito de realizar atividade exclusivamente de interesse da coletividade.

Alvo de severas críticas e comparações com a administração pública em relação, principalmente, à eficiência, Di Pietro (2005) cita o possível uso do patrimônio e de servidores públicos, ausência de licitações na seleção e a criação de “fantasmas” (não apresentam patrimônio próprio, sede própria e vida própria – dependendo de recursos públicos) como organizações sociais.

A concepção e qualificação das entidades privadas em organizações sociais é um ato administrativo discricionário do Poder Público, admitindo uma forma de parceria (celebração de um contrato de gestão) e, a valorização do terceiro setor, de modo a executar os serviços de interesse público, que não necessitam ser prestados pelos órgãos e entidades governamentais (MEIRELLES, 2004).

Para Meirelles (2004) o contrato de gestão é um instrumento jurídico básico dessa forma de parceria entre o setor público e o privado. Refere-se a um acordo operacional entre a Administração e a entidade privada, contudo, se necessitarem utilizá-la, a administração deverá aprovar suas próprias leis. Deste modo, o Poder Público pode desqualificar a entidade privada, retirando-lhe o título de organização social, desde que fundamentada no descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão, apuradas em processo administrativo e, assegurado o direito de defesa aos dirigentes da organização.

Keinert (1994) e Seixas (2003) advertem para o ato discricionário do Poder Executivo em suas escolhas – um tanto subjetivo, nebuloso, os critérios de escolha das organizações sociais e a ausência de processo licitatório prévio para sua qualificação. Seixas (2003) frisa a importância do controle social nestas organizações.

Pesquisa realizada por Duarte (2009) teve como objeto o gerenciamento dos hospitais públicos pelas Organizações Sociais (OS), tal como foram configuradas pelo Governo do Estado de São Paulo no final dos anos 90. Investigaram-se as características do modelo de gestão das OS e as tecnologias gerenciais por elas utilizadas, tendo como referência os princípios do SUS. Quanto às tecnologias gerenciais utilizadas não se observou nenhuma prática administrativa que possa ser considerada como inovadora, pois a maioria das práticas de gestão utilizada encontra-se presente em hospitais estatais, ainda que de forma pouco disseminada. A flexibilidade na gestão de pessoas, a agilidade nas compras e nos contratos e a autonomia desses hospitais são os principais fatores que fazem a diferença. Observou-se o empenho no cumprimento das metas e obrigações previstas nos contratos de gestão, entretanto não existem mecanismos adequados para garantir a participação da comunidade e o controle público da assistência prestada.

3.4.3.2 – ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO (OCIPs)

As OCIPs caracterizadas como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, instituída por particulares, para o desempenho de serviços sociais não exclusivos pelo Estado, incentivadas e fiscalizadas pelo Estado, mediante a celebração de Termo de Parceria e regulamentada pela Lei 9.790/1999.

Em relação às Organizações Sociais (OS), as OSCIPs apresentam algumas diferenças. Enquanto as OSs firmam Contrato de Gestão, as OSCIPs assinam Termo de Parceria. Em relação às áreas de atuação, como já referido, as OSs somente podem exercer atividades de interesse público no campo do ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde (art. 1º da Lei n.º 9.637/98). Já as OSCIPs detêm uma área de atuação mais ampla, pois podem desempenhar serviços sociais de assistência social, defesa e conservação do patrimônio público, promoção do voluntariado, combate à pobreza, promoção da paz, da cidadania e dos direitos humanos, entre outros (art. 3º da Lei n.º 9.790/99), ou seja, através de projetos de interesse público com objetos específicos selecionados através de concursos de projetos nas referidas áreas, podem executar ações específicas de políticas públicas em parceria com o estado. Outra diferença está no ato de qualificação da entidade: enquanto que as OSs são alçadas a esse patamar mediante um ato discricionário do Poder Público, as OSCIPs têm direito ao título de entidade de utilidade pública, quando preencherem os requisitos da Lei n.º 9.790/99. Outra importante diferença entre as entidades está na inexistência de representante do Poder Público no Conselho de Administração da OSCIPs (formado pelos sócios), ao contrário do que ocorre nas OSs (CASSEPP, 2013).

Alcântara (2009) refere-se à OSCIPs e OS que dependem excessivamente de recursos públicos, com indicação de sua direção indicada pelo poder público, e que funcionam como órgãos disfarçados da administração pública – ONGs com DNA estatal; tornando-se necessário e salutar a independência, de recursos exclusivamente do governo para suas atividades.

3.4.3.3 – SERVIÇOS SOCIAIS AUTÔNOMOS

Trata-se de entes paraestatais, de cooperação com o Poder Público, instituído por Lei, com personalidade de Direito Privado, sem fins lucrativos, mantidos por dotações orçamentárias ou por contribuições para-fiscais; possuem administração e patrimônio próprios, porém não integram a Administração direta nem a indireta, trabalham ao lado do Estado, sob seu amparo, cooperando nos setores, atividades e serviços atribuídos a ele (MEIRELLES, 2004).

São exemplos desses entes, os serviços sociais do comércio e da indústria, entre eles: SENAI, SENAC, SESC, SESI.

3.5 – MODELOS DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Entendemos os diferentes Modelos de Administração Pública não só como diferentes formas de organização da estrutura administrativa do estado, mas como materialização da ideologia hegemônica em determinado contexto histórico, político, econômico, social e cultural. Para efeito didático, classificamos aqui a Administração Pública Brasileira em quatro grandes modelos: Patrimonialista, Burocrática, Gerencial e Social (ou Societal).

3.5.1 – ESTADO PATRIMONIALISTA

O Patrimonialismo foi amplamente descrito por Faoro (1995) como uma cultura política remanescente dos países onde houve monarquias absolutistas, onde existe uma indefinição entre o patrimônio público e o patrimônio do príncipe. Ele sintetiza: “A propriedade do rei, suas terras e terrenos, se confunde nos seus aspectos público e particular. Rendas e despesas se aplicam, sem discriminação normativa prévia, nos gastos de família ou em obras e serviços de utilidade geral”.

Este tipo de administração não é considerado propriamente público, mas apenas do Estado, uma vez que não visa ao interesse público (ALCÂNTARA, 2009). A forma de organização e gestão obedece menos a critérios técnicos racionais e democráticos para a prestação de serviços e mais a sistemas de loteamento político, para manter coalizões de poder e atender a grupos preferenciais. Normalmente, esses grupos preferem dominar as áreas sociais por serem diretamente ligadas às maiores demandas da população. Setores sociais são privilegiados para o exercício do assistencialismo paternalista; propiciam ao líder do grupo o exercício da “bondade” por meio da concessão de benefícios e favores com o dinheiro público. Assim, líderes políticos e dirigentes públicos podem favorecer segmentos da população sob sua influência, fazendo-os crer que o benefício é uma concessão pessoal do líder e não um direito individual ou um valor de cidadania. O resultado final é o reforço do poder e da liderança tradicional através do exercício do personalismo (MOTA, 2007).

É perceptível que o Estado patrimonialista está fortemente presente na cultura política brasileira e se manifesta no clientelismo, no corporativismo, no fisiologismo e na corrupção. No patrimonialismo predominam as considerações pessoais, os atos de graça, as promessas e os privilégios. O funcionário patrimonial tem dependência e fidelidade ao “senhor” e não a regras e princípios (MATIAS-PEREIRA, 2008).

3.5.2 – ADMINISTRAÇÃO BUROCRÁTICA

O modelo burocrático é um modelo organizacional que desfrutou notável disseminação nas administrações públicas durante o século XX em todo o mundo. Este modelo é atribuído a Max Webber porque o sociólogo alemão analisou e sintetizou suas principais características (SECCHI, 2009).

A burocracia é entendida como um grande avanço em relação à administração patrimonial. É componente útil e necessário a todas as organizações, especialmente as da administração pública (ALCÂNTARA, 2009). Na sua descrição sobre os modelos ideais típicos de dominação, Weber identificou o exercício da autoridade racional-legal como fonte de poder dentro das organizações burocráticas. Nesse modelo, o poder emana das normas, das instituições formais e não do perfil carismático ou da tradição, prevalecendo três características principais: a formalidade, a impessoalidade e o profissionalismo (SECCHI, 2009). Para Secchi (2009), a formalidade impõe deveres e responsabilidades aos membros da organização, a configuração e legitimidade de uma hierarquia administrativa, as documentações escritas dos procedimentos administrativos, a formalização dos processos decisórios e a formalização das comunicações internas e externas. As tarefas dos empregados são formalmente estabelecidas de maneira a garantir a continuidade do trabalho e a standardização dos serviços prestados, para evitar ao máximo a discricionariedade individual na execução das rotinas.

A impessoalidade prescreve que a relação entre os membros da organização e entre a organização e o ambiente externo está baseada em funções e linhas de autoridade claras. O chefe ou diretor de um setor ou departamento tem a autoridade e responsabilidade para decidir e comunicar sua decisão, sendo a pessoa que formalmente representa a organização. Ainda mais importante, a impessoalidade implica que as posições hierárquicas pertencem à organização, e não às pessoas que as estão ocupando. Isso

ajuda a evitar a apropriação individual do poder, prestígio, e outros tipos de benefícios, a partir do momento que o indivíduo deixa sua função ou a organização.

O profissionalismo está intimamente ligado ao valor positivo atribuído ao mérito como critério de justiça e diferenciação. As funções são atribuídas a pessoas que chegam a um cargo por meio de competição justa na qual os postulantes devem mostrar suas melhores capacidades técnicas e conhecimento (SECCHI, 2009).

A palavra “burocracia”, especialmente na imprensa, geralmente está associada à papelada, carimbos, rituais desnecessários, entre outros; é o seu sentido vulgar. Esta visão é definida como “conceito negativo da burocracia” (ALCÂNTARA, 2009). Entretanto, é importante recordar que foi a partir da organização burocrática se contrapondo ao patrimonialismo que princípios da administração pública, a saber, a legalidade, a impessoalidade, a moralidade e a publicidade, foram incluídas na Constituição Brasileira em 1988. Desta forma, o “conceito positivo de burocracia” relaciona-se à especialização e a treinamentos racionais do servidor público, com competências ordenadas através de leis ou regulamentos, com a hierarquia, a carreira de acesso público e a vitaliciedade do cargo obtido através do mérito (ALCÂNTARA, 2009).

3.5.3 – REFORMA GERENCIAL

Um dos maiores estudiosos da administração pública no Brasil tem sido Bresser-Pereira, que para além da produção científica na área foi agente importante para a implantação da Reforma Gerencial no país. Para o autor, após a Segunda Guerra Mundial a democracia permitiu que os trabalhadores e as classes médias aumentassem suas demandas por serviços sociais, transformando o Estado Democrático Social em Estado Democrático Liberal – uma forma de Estado na qual o consumo coletivo relativamente igualitário é importante. Este, por sua vez, implicou um aumento considerável da despesa pública e, em consequência, tornou-se claro que a administração burocrática, que se propunha apenas a tornar a ação do Estado efetiva, não era eficiente (BRESSER, 2010).

A administração gerencial, também denominada “nova gestão pública” procura possibilitar maior eficiência e eficácia à administração pública (ALCÂNTARA, 2009). A reforma gerencial foi a resposta a esse desafio ao modificar a forma de administrar a oferta dos serviços (BRESSER, 2010). Em grande parte, essas reformas colocavam em causa a própria viabilidade da administração pública como condutora de eficiência e eficácia na gestão de serviços e na ação redistributiva. Entretanto, a eficiência na administração pública apresenta contornos diferenciados à da iniciativa privada. Nesta predomina o interesse pelo lucro e na gestão pública deve sempre prevalecer o interesse público, a preocupação com a efetivação da cidadania e a prestação do serviço público efetivamente voltado às necessidades sociais (ALCÂNTARA, 2009).

Os novos modelos procuram transformar e introduzir na gestão pública o estilo privado. Além de ampliarem a importação de técnicas típicas da gestão privada, propõem sempre com grande ênfase eliminação, privatização e terceirização de serviços (MOTTA, 2007). As prescrições operacionais da Administração Pública Gerencial (SECCHI, 2009) são:

- Desagregação do serviço público em unidades especializadas e centros de custos;
- Competição entre organizações públicas e entre organizações públicas e privadas;
- Uso de práticas de gestão proveniente da administração privada;
- Atenção à disciplina e parcimônia;
- Administradores empreendedores com autonomia para decidir;
- Avaliação de desempenho;
- Avaliação centrada em Resultados.

Como superação à burocracia estatal, a Reforma Gerencial : (1) torna os gerentes dos serviços responsáveis por resultados, em vez de seguir regulamentos rígidos; (2) premia os servidores por bons re-

sultados e os pune pelos maus; (3) realiza serviços que envolvem poder de Estado através de agências executivas e reguladoras; e (4) mantém o consumo coletivo e gratuito, mas transfere a oferta dos serviços sociais e científicos para organizações sociais, ou seja, para provedores públicos não estatais que recebem recursos do Estado e são controlados através de contratos de gestão (BRESSER, 2010).

No Brasil, a Reforma Gerencial foi introduzida na década de 90, através da criação do MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado, com a aprovação da Emenda Constitucional 19, a qual introduziu o princípio da eficiência na administração pública brasileira e uma série de leis federais que estabeleceram as agências reguladoras e executivas, as Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), entre outras medidas (ALCÂNTARA, 2012). Também se delimitou as funções do estado através da classificação em três áreas de atuação: atividades exclusivas do estado, serviços sociais e científicos do estado e a produção de bens e serviços para o mercado (BRESSER, 1997). Como ideário, definiu-se a privatização de órgãos de prestação de serviços e produção de bens encontrados no mercado, a terceirização das atividades auxiliares e a publicização (transferência para entes públicos não estatais) de serviços sociais e científicos através de contratos de gestão, conforme demonstrado no quadro 4:

Quadro 4 – Representa as áreas de atuação do Estado e as Instituições resultantes após a Reforma

	Atividades Exclusivas de Estado		Serviços Sociais e Científicos		Produção de Bens e Serviços para o Mercado	
	Áreas de atuação	Instituições resultantes da Reforma	Áreas de atuação	Instituições resultantes da Reforma	Áreas de atuação	Instituições resultantes da Reforma
Atividades Principais	<i>Estado</i>	<i>Estado</i>	<i>Publicização</i>	<i>Entidade Públicas não estatais</i>	<i>Privatização</i>	<i>Empresas Privadas</i>
Atividades Auxiliares	<i>Terceirização</i>	<i>Empresas Terceirizadas</i>	<i>Terceirização</i>	<i>Empresas Terceirizadas</i>	<i>Terceirização</i>	<i>Empresas Terceirizadas</i>

Fonte: Bresser Pereira, 1995

A partir das iniciativas de implantação da Reforma Gerencial, alguns estudos têm pesquisado seus resultados no Brasil e em diversos países no mundo. Em estudo realizado sob o enfoque da administração pública comparada, onde se avaliou as reformas administrativas do Brasil, Estados Unidos e União Europeia, evidenciou-se que o modelo de reforma administrativa, implementada sob a ótica neoliberal, não se mostrou capaz de resolver adequadamente os problemas da administração pública (MATIAS-PEREIRA, 2008). E ainda, no Brasil não se mostrou capaz de resolver adequadamente os problemas socioeconômicos do país. Outro estudo que analisou a aplicabilidade do modelo gerencial na administração municipal identificou vários entraves que dificultam ou impedem a adoção do gerencialismo, sendo os principais o desconhecimento e a falta de capacidade de gerenciamento dos gestores (ARAÚJO, 2012). Entretanto, para Bresser-Pereira (2010), a administração pública gerencial é um fator de legitimação política do Estado Social e, dessa forma, neutraliza a tentativa neoliberal de reduzir os serviços sociais e científicos prestados pelo Estado.

Entendemos que o modelo gerencial traz uma preocupação saudável e necessária em relação à eficiência e eficácia na administração pública. Uma maior flexibilidade, agilidade e preocupação com efi-

ciência e resultados são bem-vindas. A questão é como efetivamente fazer isso com metas, indicadores e prazos avaliáveis pela população e, em especial, mantendo o controle sobre o administrador público a fim de evitar desvios e, eventualmente, corrupção (ALCÂNTARA, 2009).

3.5.4 – GESTÃO SOCIAL (OU SOCIETAL)

A Administração Pública Societal ou a Gestão Social ainda são conceitos e modelos em construção. Apesar de explicitarmos algumas divergências de autores entre eles, consideraremos como práticas e conotações semelhantes que integram um mesmo campo inacabado da gestão pública.

Paes de Paula (2005) definiu a Administração Pública Societal como um projeto político em desenvolvimento, com principal vertente a societal, que se manifesta nas experiências alternativas de gestão pública como os Conselhos Gestores e Orçamento Participativo, e possui suas raízes no ideário dos herdeiros políticos das mobilizações populares contra a ditadura e pela redemocratização do país. Já a Gestão Social é apresentada como a tomada de decisão coletiva, sem coerção, baseada na inteligibilidade da linguagem, na dialogicidade e no entendimento esclarecido como processo, na transparência como pressuposto, e na emancipação enquanto fim último (CANÇADO, 2011)

Bresser Pereira protagonizou polêmica pública e acadêmica em 2005 com Paes de Paula sobre o tema. Como réplica à publicação do artigo “Administração Pública Brasileira: entre o Gerencialismo e a Gestão Social” (PAES DE PAULA, 2005a), afirmando que o estudo está comparando duas coisas muito diferentes: um tipo de administração pública (gerencial) e uma forma de governo (gestão social) ou regime político (democracia) (BRESSER, 2005). Na mesma edição do periódico, Paes de Paula publica uma tréplica (PAES DE PAULA, 2005b) a Bresser Pereira, argumentando que não compara a administração pública gerencial e a gestão social, mas as administrações públicas gerencial e societal, e que, de fato, estes dois modelos se referem a formas de organizar e administrar o estado. Em 2010, Bresser Pereira define o Estado Social como resultado da busca dos cinco objetivos do Estado – segurança, liberdade, bem-estar econômico, justiça social e proteção da natureza – no quadro dos regimes democráticos.

No estudo onde propôs o conceito de Administração Pública Societal, Paes de Paula compara esta com a Gerencial conforme descrito no quadro 5.

No Brasil contemporâneo, a democratização e os novos processos eleitorais e os dispositivos constitucionais ajudam a levantar ou reacender expectativas sobre mais e melhores serviços, o que, aos poucos, provoca rupturas nas estruturas políticas tradicionais e o surgimento de novas formas de gestão (MOTTA, 2007). Neste sentido, além dos mecanismos tradicionais de controle formal externo e interno da administração pública, a participação popular e o controle social por parte dos usuários são fundamentais (ALCÂNTARA, 2009).

Para Paes de Paula (2005), essas experiências alternativas se manifestaram de forma fragmentada, demandando uma amarração a um projeto político mais abrangente para o Estado e a sociedade, que contemplasse os seguintes elementos: a) um novo modelo de desenvolvimento para o Brasil que enfrentasse a crise do nacional-desenvolvimentismo; b) uma proposta de reorganização para o aparelho de Estado e c) uma visão de gestão pública alternativa ao gerencialismo.

Entretanto, é perceptível que a intenção do governo federal nos anos 2000 de implementar um novo processo de planejamento, com participação social, não conseguiu atingir os seus propósitos de estimular a modernização da administração pública (MATIAS-PEREIRA, 2008). Neste sentido, o que se percebe é que os Conselhos Gestores de Políticas Públicas, ao se institucionalizarem, convertem-se em aparelhos de Estado, com as mesmas vicissitudes das demais instituições do poder político (GURGEL, 2013).

Quadro 5 – Comparativo entre a Administração Gerencial e Administração Pública Societal.

Variáveis	Administração Pública Gerencial	Administração Pública Societal
Origem	Movimento Internacional pela Reforma do Estado (início nos anos 1980 e baseia-se nos modelos inglês e norte-americano)	Movimentos sociais brasileiros (início nos anos 60 e desdobramentos nas três décadas seguintes)
Projeto Político	Enfatiza a eficiência administrativa, baseia-se no ajuste estrutural, nas recomendações dos organismos multilaterais internacionais e no movimento gerencialista.	Enfatiza a participação social e procura estruturar um projeto político que repense o modelo de desenvolvimento brasileiro, a estrutura de aparelho de Estado e o paradigma da gestão.
Dimensões Estruturais	Dimensões econômico-financeira e institucional-administrativa.	Dimensão sociopolítica
Organização Administrativa do Aparelho do estado.	Separação entre as atividades exclusivas e não exclusivas do Estado nos três níveis governamentais.	Não há uma proposta para a organização do aparelho do Estado e enfatiza iniciativas locais de organização e gestão pública.
Abertura à Participação Social.	Participativo no nível do discurso, mas centralizador no que se refere ao processo decisório, à organização das instituições políticas e à construção de canais de participação popular	Participativo no nível das instituições, enfatizando a elaboração de estruturas e canais que viabilizem a participação popular
Abordagem da Gestão	Gerencialismo: enfatiza a adaptação das recomendações gerencialistas para o setor público	Gestão Social: enfatiza a elaboração de experiências de gestão focalizadas nas demandas do público-alvo, incluindo questões culturais e participativas

Fonte: PAES DE PAULA, 2005.

Portanto, a modernização efetiva do Estado somente poderá advir de forma que alterem o sistema de poder e o aglomerado político que o constitui; em outras palavras, reformas que redistribuam os recursos do poder e alterem os canais de comunicação entre o público e sua administração (MOTTA, 2007). Não bastará, portanto, que os construtores da nova democracia e da nova administração pública apenas criem fóruns de decisão sobre políticas públicas ou sobre orçamento público. É preciso que recriemos esta sociedade civil, para que, ambas, a democracia e administração pública, finalmente se encontrem (GURGEL, 2013).

4 – ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA NO CONTEXTO ATUAL

Após descrever os principais conceitos de Estado e de Administração Pública, seus princípios, fundamentos e a evolução histórica dos modelos, ao observar as práticas e instituições do Estado Brasileiro atual fica clara a influência e a presença de diferentes características. As mudanças recentes no Direito Administrativo têm possibilitado modificações extensivas à Administração Pública, principalmente pelo aprimoramento das modalidades de gestão, bem como alterações significativas nos princípios constitucionais.

É evidente que nos últimos 40 anos, a administração pública brasileira passou por grandes transformações, sobretudo como parte do trânsito para a democracia. Desenvolveram-se novas práticas e expectativas de modernização, mas muitas de suas características tradicionais não foram removidas (MOTTA, 2007).

É importante observar que a administração pública brasileira ainda apresenta algumas características patrimoniais (ALCÂNTARA, 2009). Além disso, os novos modelos compartilham características essenciais com o modelo tradicional burocrático e, portanto, não são modelos de ruptura (SECCHI, 2009).

Em estudo, onde se procurou verificar os elementos dos modelos que predominam na administração pública brasileira, tendo como objeto de análise a Política Nacional de Habitação, constatou-se que a política pública é marcada pelo hibridismo de elementos característicos dos modelos burocrático, gerencial e com predomínio do modelo societal (Drumond et al., 2014).

Zwick et al. (2012), em ensaio teórico, relataram uma reflexão acerca da administração pública brasileira sob o enfoque da Teoria N (Necessidade, com domínio da estrutura sobre a ação individual e coletiva) e da Teoria P (Possibilidade, ação diante da estrutura para emancipação do indivíduo) de Guerreiro Ramos. Concluíram que existe uma hibridização de diversos modelos de gestão, unindo características do patrimonialismo, da burocracia e do gerencialismo, bem como indícios de gestão social. Para os autores, esta hibridização institui um novo modelo de gerir a coisa pública, denominado de administração pública tupiniquim (figura 2).

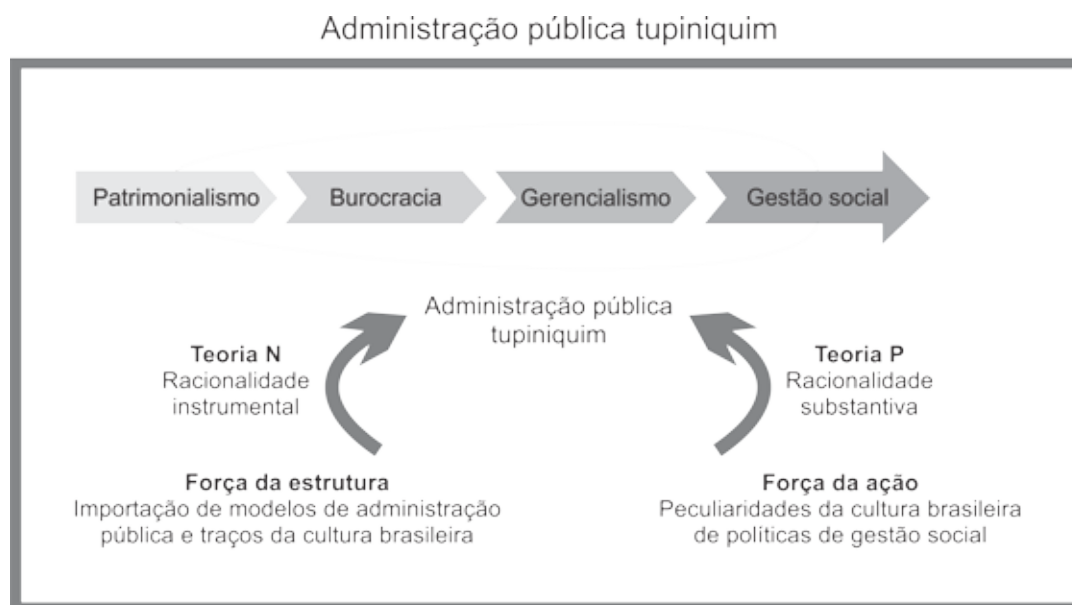


Figura 2 – Evolução da Administração Pública no Brasil
Fonte: Zwick, 2012.

Concordamos que existe hoje no Brasil uma coexistência de características dos diversos modelos de administração pública. Entretanto julgamos que ainda é precoce definir esta hibridização como um novo modelo. Acreditamos que a transformação da administração pública, pautada por diferentes conjunturas políticas, econômicas e sociais tem sido processual, heterogênea e incompleta.

5 – REFERÊNCIAS

- Alcântara, CM A reforma gerencial e os novos modelos de gestão em saúde pública no Brasil. XVII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Cartagena, Colombia, 30 Oct. 2 Nov. 2012. Documento libre.
- Alcântara, CM O modelo gerencial: organizações públicas não estatais e o princípio da eficiência: uma visão jurídica e administrativa. Belo Horizonte: Fórum, 2009.
- Alcântara, CM Os princípios Constitucionais da Eficiência e eficácia da administração pública: estudo comparativo Brasil e Espanha. Revista da Academia Brasileira de Direito Constitucional. Curitiba, 2009 nº 1, Ago-Dez p. 24-49.
- Alcântara, FHC. As Reformas Legais e o Processo de Descentralização: Aspectos Jurídicos e Políticos. Rev. Sociol. Polít., 2011, Curitiba, v. 19, n. 39, p. 197-210, jun. 2011(a).
- Alvarenga, CFRP. Eficiência, economicidade e efetividade: diferença prática. Jus Navigandi. Teresina ano 18, n. 3739, 26 set 2013. Acesso em 24 fev. 2015]. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/25399>
- Araújo. PG, Pereira JR. Análise da aplicabilidade do modelo gerencial na administração municipal. Ver Adm. Publ. Rio de Janeiro 46(5):1179-1199, set-out. 2012.
- Barbosa, MNL. A experiência dos termos de parceria entre o Poder Público e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OCIPs). In: SUNFDFELD, Carlos Ari (Coord.). Parcerias público-privadas. São Paulo: Malheiros
- Bortoleto, L. Administração Pública e Terceiro Setor [capítulo]. [Acesso em: 25 fev 2015]. Disponível em: http://www.editorajuspodivm.com.br/i/f/5_soltas.pdf
- Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil [internet]. Brasília: Senado; 1998 [acesso em 2015 mar 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
- Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União [acesso em 2915 mar 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm
- Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1988. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União [acesso em 2015 mar 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm
- Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999. Regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal

- [internet]. Diário Oficial da União [acesso em 2015 mar 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19784.htm
- Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União [acesso em 2015 mar 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19790.htm
- Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-Lei nº 3689, de 03 de outubro de 1941. Código de Processo Penal [internet]. Diário Oficial da União. [acesso em 2015 mar 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm
- Brasil. Supremo Tribunal Federal. Pauta de Julgamentos da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1923. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=287554>. Acesso em: 19 mar 2015.
- Brasil. Supremo Tribunal Federal. Súmula nº 346. A administração pública pode declarar a nulidade dos seus próprios atos. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=346.NUME.NAO.S.FLSV.&base=baseSumulas>. Acesso em: 18 mar 2015.
- Brasil. Supremo Tribunal Federal. Súmula nº 473. A administração pode anular seus próprios atos, quando eivados de vícios que os tornam ilegais, porque deles não se originam direitos; ou revoga-los, por motivo de conveniência ou oportunidade, respeitados os direitos adquiridos, e ressalvada, em todos os casos, a apreciação judicial.. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=473.NUME.%20NAO%20S.FLSV.&base=baseSumulas>. Acesso em: 18 mar 2015.
- Bresser Pereira, LC. A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado; 1997.
- Bresser Pereira, LC. Reflexões sobre a Reforma Gerencial Brasileira de 1995: Revista do Serviço Público, 50(4); 1999: 5-30.
- Bresser Pereira, LC. Democracia, estado social e reforma gerencial. RAE 2010, Jan/Mar 50(1): 112-116.
- Bresser Pereira, LC. Réplica: Comparação impossível. RAE 2005, Jan/Mar 45(1): 50-51.
- Bresser-Pereira, LC; Spink, PK. Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006. 271p, 7ª ed.
- Cançado AC; Tenório FG; Pereira JR. Gestão social: reflexões teóricas e concretas. Cad. EBAPE.BR, v.9, nº3, artigo 1, Rio de Janeiro, set.2011. p. 681-703
- Carvalho, M. Introdução ao Direito Administrativo. [Capítulo]. [Acesso em: 25 fev 2015]. Disponível em: [http://www.editorajuspodivm.com.br/i/f/Manual%20de%20Direito%20Administrativo%20-%201a%20ed-cap1%20\(1\).pdf](http://www.editorajuspodivm.com.br/i/f/Manual%20de%20Direito%20Administrativo%20-%201a%20ed-cap1%20(1).pdf)
- Cassepp, AA. Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público: similaridades e distinções. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,organizacoes-sociais-e-organizacoes-da-sociedade-civil-de-interesse-publico-similaridades-e-distincoes,45987.html>. Acesso em: 03 jun 2015.
- Di Pietro, MSZ. Direito Administrativo. 18ª ed. São Paulo: Atlas, 2005. 743p.
- Domínguez Martínez, J; Rueda, N. Los indicadores de producción pública. Economistas. Madrid. N.105:77-85, jul.2005.
- Drummond, AM; Silveira, SFR; Silva, EA. Predominância ou coexistência? Modelos de Administração Pública brasileira na Política Nacional de Habitação. Rev Adm. Publ. Rio de Janeiro. 48(I):3-25, jan-fev. 2014.
- Duarte, IG. Características dos modelos de gestão das organizações sociais contratadas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para o gerenciamento de hospitais [tese]. São Paulo: Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde;2009.

- Faoro, R. Os Donos do Poder: Formação do Patronato Político Brasileiro. São Paulo: Globo; 1995.
- Ferreira, ABH. Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1988.
- Führer, MCA; Führer, MRE. Resumo de Direito Administrativo. Ed. Malheiros, 141 p, 22ª ed., 2008.
- Gasparini, D. Direito Administrativo. 4ª ed. rev e ampl. São Paulo: Saraiva, 1995. 633p.
- Gurgel, C; Justen, A. Controle social e políticas públicas.: a experiência dos Conselhos Gestores. Rev Adm. Publ. Rio de Janeiro 47(2):357-378, mar-abr, 2013.
- Houaiss, A; Villar, MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- Justin MF. Curso de Direito Administrativo. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2006.
- Keinert, TMM. Os paradigmas da administração pública no Brasil (1900-92). Rev Adm de Empresas. São Paulo, v.34, nº3, p.41-48, Mai-Jun.1994.
- Kelsen, H. Teoria Geral do Direito do Estado. 2º ed. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- MARE. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1995.
- Matias-Pereira, J. Administração pública comparada: uma avaliação das reformas administrativas do Brasil, EUA e União Europeia. RAP 2008, Jan/Fev 42(1): 61-82.
- Matias-Pereira, J. Curso de Administração Pública: foco nas instituições e ações governamentais. 3ª ed. rev e atual. São Paulo: Atlas, 2010.
- Matias-Pereira J. Manual de Gestão Pública Contemporânea. 4ª ed. rev e atual. São Paulo: Atlas, 2012.
- Medauar O. Direito Administrativo moderno. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2012. 479p, 16ª ed.rev.,atual. E ampl.
- Meirelles, HL. Direito Administrativo Brasileiro. Ed. Malheiros, 773 p, 29ª ed. 2004.
- Mello, CAB. Curso de Direito Administrativo. 17ª ed. rev e atualiz. São Paulo: Ed. Malheiros, 2004. 933 p.
- Mello, CAB. Curso de Direito Administrativo. 27ª ed. rev e atualiz. São Paulo: Ed. Malheiros, 2010.
- MIRANDA J. Manual de direito constitucional. 3ª ed. Coimbra: Coimbra Ed., 1985. V.1.
- Modesto, P. Reforma do Estado e formas de prestação de serviços. In: SUNDFELD, Carlos Ari (Coord.) Parcerias público-privadas. São Paulo: Malheiros, 2005. P. 433-486.
- Motta, P.R. A modernização da administração pública brasileira nos últimos 40 anos. RAP 2007, Edição Especial Comemorativa: 87-96.
- Paes de Paula, A.P. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. RAE 2005, Jan/Mar 45(1): 36-49.
- Paes de Paula, A.P. Tréplica: comparação possível. RAE 2005, Jan/Mar 45(1): 51-52.
- Parejo Alfonso, L. Manual de derecho administrativo. 4º ed. Barcelona: Ariel, 1996. V. 1.
- Pereira, E.T. Educação Política: Uma Experiência com o Orçamento Participativo. Campinas: Alínea, 2008.
- Rocha, CLA. Princípios Constitucionais da Administração Pública. Belo Horizonte: Del Rey, 1994.
- Rosa, MFE. Direito Administrativo: Estado, Administração Pública e outros temas. São Paulo: Saraiva; v.19, 216p, 10ª ed. 2009.
- Secchi, L. Modelos Organizacionais e Reformas da Administração Pública. RAP 2009, Mar/Abr 43(2): 347-69.
- Seixas PHD'A. As organizações sociais de saúde em São Paulo, 1998-2002: uma visão institucional [dissertação de mestrado] São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas; 2003
- Silva, COP. A Reforma Administrativa e a Emenda nº 19/98: Uma Análise Panorâmica. Ver Jur Virtual. Brasília, vol. 1, n. 1, maio 1999.
- Siqueira, JF e Souza, FC. A Convergência da Nova Administração Pública para Governança Pública: Uma Análise dos Artigos Internacionais e Nacionais Publicados entre 2000 e 2006. [artigo]. [Acesso em: 25 fev 2015]. Disponível em: www.congressosp.fipecafi.org/web/artigos72007/563.pdf

- Vasconcelos, A. Princípios da eficiência na gestão pública [artigo]. [Acesso em 25 fev 2015]. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/o-principio-da-eficiencia-na-gestao-publica/14519/>
- Weber M. Economia e Sociedade. Tradução de Regis Barbosa e Karen Barbosa: revisão técnica Gabriel Cohn. 3º ed. Brasília: UNB, 1999. 2v.
- Zwick, E; et al. Administração pública tupiniquim: reflexões a partir da Teoria N e da Teoria P de Guerreiro Ramos. Cad EBAPE BR 2012, Jun 10(2):284-301.

CAPÍTULO 4 – FUNDAMENTOS BÁSICOS DE EPIDEMIOLOGIA E UTILIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Autores:

Isabella Mantovani Gomes Dias de Oliveira

Cirurgiã- Dentista da Prefeitura de Campinas – SP (Apoio Institucional), Especialista em Saúde da Família – UNIFESP, Especialista em Saúde Coletiva – São Leopoldo Mandic, Especialista em Bioética – PUC RIO, Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Juliana Natívio

Cirurgiã-dentista da Prefeitura de Campinas – SP (Apoio Institucional), Especialista em Saúde Coletiva – FCM/Unicamp, Mestranda em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/Unicamp

Antonio Carlos Pereira

Mestre e Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP; Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP.

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos

Este capítulo visa abordar os principais tópicos de Epidemiologia, dando uma noção geral sobre os princípios e métodos da disciplina.

Conteúdo Programático

1. Definição, Conceito e Histórico
2. Aplicações da Epidemiologia
3. Saúde e Doença
4. Prevenção
5. Causalidade
6. Indicadores de Saúde
 - Indicadores de Morbidade
 - Indicadores de Mortalidade
7. Desenhos de estudos epidemiológicos
8. A Epidemiologia como Ferramenta de Gestão
9. A Epidemiologia em Saúde Bucal
10. A Epidemiologia no Dia a dia da Gestão

Leitura Obrigatória

Medronho RA. Epidemiologia. Ed. Atheneu, 2003.

Rouquayrol MZ; Gurgel M. Epidemiologia & Saúde, 7ª Ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2012.

Leitura Complementar

Góes PSA, Figueiredo N, Rocha RACP. Tratado de saúde coletiva em odontologia. Aspectos teóricos e metodológicos da avaliação de serviços e programas em saúde bucal. Ed. Napoleão, 1ª edição, 2009.

Merchán-Hamann E; Tauil PL; Costa MP. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização da nomenclatura. Inf. Epidemiol. Sus v.9 n.4 Brasília dez. 2000

Atividade

Após leitura do capítulo, com base em sua experiência profissional, construa um Prontuário Gerencial, com os dados/indicadores, para análise e monitoramento da situação de saúde.

1. DEFINIÇÃO, CONCEITO E HISTÓRICO

Etimologicamente, a palavra Epidemiologia provém da língua grega e é composta por três étimos: Epi (sobre), Demós (povo) e Logos (estudo), portanto, epidemiologia se refere ao termo “estudo sobre a população”.

John Last (Last, 2000) a definiu, no Dicionário de Epidemiologia, como “o estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas, e sua aplicação na prevenção e controle dos problemas de saúde”. Para Trostle (2005), a epidemiologia é um sistema particular de produção de conhecimento; ela é, em resumo, uma cultura.

Atualmente, a Epidemiologia é considerada uma ciência e é ensinada como disciplina nas universidades, mas, nem sempre foi assim. Ela evoluiu a partir de algumas observações e intervenções realizadas empiricamente há séculos atrás.

No pensamento ocidental da Grécia Antiga, já se esboçava as diferenças entre a medicina individual e a medicina coletiva. De acordo com a Mitologia Grega, o deus Asclépios tinha duas filhas: Panaceia e Higeia. Panaceia era a padroeira da medicina curativa, prática terapêutica baseada em intervenções sobre indivíduos doentes, através de manobras físicas, encantamentos, preces e uso de *pharmakon* (medicamentos) – ainda hoje se fala da “panaceia universal” para designar um poder essencialmente curativo. Sua irmã, Higeia, era adorada por aqueles que consideravam a saúde como resultante da harmonia dos homens e dos ambientes, e buscavam promovê-la por meio de ações preventivas, mantenedoras do perfeito equilíbrio entre os elementos fundamentais terra, fogo, ar, água (Rouquayrol & Almeida Filho, 1999).

Hipócrates, médico grego, foi quem documentou pela primeira vez a ligação entre a prática empírica da saúde curativa e preventiva e a sua observação e investigação. Para ele, as doenças eram produto da relação entre a constituição do indivíduo e o ambiente em que vivia. Ele estudou as doenças epidêmicas e as variações geográficas das condições endêmicas. Alguns autores consideram Hipócrates como o pai da medicina e também como o primeiro epidemiologista ou o pai da epidemiologia (Pereira, 2005).

O termo epidemiologia, segundo Nájera (1988), foi empregado pela primeira vez na segunda metade do século XVI, como título de um trabalho sobre a peste, escrito por Angelerio, na Espanha. E trezentos anos depois, em 1802, Juan de Villalba recuperou o termo como título de sua obra *Epidemiologia Española*, uma compilação de todas as epidemias conhecidas até aquela data (Rouquayrol & Almeida Filho, 1999).

Talvez, um dos mais importantes acontecimentos na história da epidemiologia seja a construção do microscópio. Foi Anton Van Leeuwenhoek (1632–1723), um dinamarquês, comerciante, foi quem construiu o primeiro microscópio. Ele foi o primeiro a observar células sanguíneas e a estrutura básica dos músculos. Após Anton, o cientista inglês Robert Hooke (1635–1703), construiu seu próprio microscópio e observou que os tecidos das plantas continham muitas cavidades pequenas separadas por paredes chamando essas cavidades de “células” ou “pequenas câmaras” e suas observações tornaram-se o fundamento da teoria do século XIX de que a célula era a unidade básica de todos os organismos vivos (Straub, 2005).

Por volta de 1862 e 1865, ainda no século XIX, o cientista francês Louis Pasteur, em seus estudos, mostra que as doenças infecciosas são causadas por microorganismos. Em 1865, através de um experimento ele provou a existência de germes suspensos o que contribuiu para o desenvolvimento da assepsia e esterilização. A partir deste momento Pasteur abriu caminho para os procedimentos cirúrgicos assépticos. Através de seus estudos, Pasteur desenvolveu a primeira vacina e contribui muito mais para a

epidemiologia quando mostrou que os micro-organismos só poderiam se desenvolver a partir de outros meios de vida (Straub, 2005).

Através de sua descoberta, Pasteur ajudou a moldar a teoria dos germes, onde afirma que os microrganismos como os vírus, por exemplo, são responsáveis pelo mau funcionamento celular. Assim, o conhecimento e os procedimentos na área da saúde foram acontecendo de forma muito rápida.

Em 1846, William Morton, um dentista norte-americano, introduziu o gás éter como anestésico. Cinquenta anos mais tarde, o médico alemão Wilhelm Roentgen descobriu o raio-X e, pela primeira vez, os médicos puderam observar os órgãos internos de forma direta. Antes do final do século, os pesquisadores haviam identificado os microrganismos que causavam malária, pneumonia, difteria, lepra, sífilis, peste bubônica e febre tifoide. A medicina começou, então, a controlar doenças que atingiam as comunidades desde a antiguidade direcionando a epidemiologia para os processos de transmissão e controle de doenças (Straub, 2005; Rouquayrol & Almeida Filho, 1999).

Assim, a epidemiologia passou a relacionar as doenças a subgrupos populacionais e a defini-los de acordo com o sexo, raça, idade. No final do século XIX e início do século XX, a epidemiologia, aplicou-se, inicialmente, no controle das doenças transmissíveis e, posteriormente, passou a relacionar o ambiente e suas condições às doenças específicas, sendo aplicada às doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer e doenças cardíacas, na segunda metade do século XX (Bonita, 2010; Rouquayrol & Almeida Filho, 1999).

No campo da genética, Gregor Mendel (1822-1884), padre e botânico austríaco, foi o pioneiro a estudar a transmissão de características de pais para filhos e, na tentativa de explicar, ao menos em parte, a distribuição desigual das doenças na população (Pereira, 2005).

São vários os exemplos da contribuição da epidemiologia para a saúde, como o estudo da eficácia da vacina contra a poliomielite, sua observação clínica e à pesquisa laboratorial, aplicação na descoberta da relação causa efeito entre o tabaco e o câncer de pulmão, sua utilização na investigação sobre as formas de transmissão da AIDS e sua contribuição no estudo sobre a efetividade da fluoretação das águas na prevenção da cárie (Peres & Antunes, 2006).

Atualmente, a disciplina de epidemiologia está presente nos cursos voltados para a área da saúde. Os estudos são desenvolvidos em nível populacional e seus resultados auxiliam na construção e aplicação de políticas públicas.

Dentre os principais fatos históricos relacionados à Epidemiologia e à Prevenção pode-se citar: Edward Jenner e a Varíola, Ignáz Semmelweis e a Febre Puerperal e John Snow e a Cólera.

Edward Jenner (1749-1823) é considerado o pai da imunologia. No final do século XVIII, milhares de pessoas morriam de varíola a cada ano e um terço dos sobreviventes ficaram cegos em decorrência de infecção da córnea. Em seus estudos sobre a doença, ele observou que mulheres que ordenhavam vacas, apresentavam uma forma leve da doença, denominada “varíola bovina” e que isto as tornava imunes à varíola. Convencido de que esta forma branda da varíola imunizava contra a varíola humana, Jenner colheu material de uma destas mulheres e inoculou em uma criança, que desenvolveu imunidade a doença, comprovando sua hipótese. Ele não tinha conhecimentos sobre viroses ou sobre a biologia da varíola, agindo apenas a partir da observação para a intervenção preventiva (Gordis, 2009).

Ignáz Semmelweis, nascido em 1818, era um especialista em obstetrícia e tornou-se um estudioso da “febre puerperal” relacionada com o parto ou período pós-parto. No século XIX, a febre era a principal causa de morte entre as mulheres logo após o parto, com uma taxa de mortalidade de 25%. Muitas teorias foram desenvolvidas para explicar a causa da febre pós-parto incluindo toxinas atmosféricas, ar pútrido, influências solar e magnética. Neste período havia um grande interesse em patologia e anatomo-

mia. Em julho de 1846, Semmelweis foi encarregado de chefiar uma clínica de obstetrícia em Viena. Naquele hospital, havia duas clínicas, a Primeira e a Segunda, que admitiam as mulheres grávidas para realização do parto, alternadamente, a cada 24 horas. Na Primeira, o parto era realizado por médicos e estudantes de medicina, enquanto que na Segunda clínica, por parteiras. Os estudantes, antes de irem à Primeira Clínica prover cuidados às mulheres que haviam parido, realizavam autópsias em mulheres que haviam morrido de febre amarela. Semmelweis observou que a taxa de mortalidade na Primeira Clínica era mais que duas vezes maior que na Segunda e deduziu que, provavelmente, os médicos e estudantes ao saírem da sala de autópsia para cuidar das puerperas, as contaminavam com partículas, provenientes dos cadáveres, presentes em suas mãos. Semmelweis então requereu que os médicos e estudantes lavassem e escovassem suas mãos antes de entrar em contato com as pacientes. Esta medida fez com que a taxa de mortalidade da primeira clínica diminuísse de 12,2% para 2,4%, resultado compatível com o que ocorria na Segunda clínica. Contudo, Semmelweis não se preocupou em apresentar seus achados em congressos e nem os relatar em jornais médicos. Sua falha em prover suporte científico para as evidências foi no mínimo parcialmente responsável para que a intervenção de lavar e escovar as mãos falhasse por não ser totalmente incorporada pela comunidade médica. Muitos anos se passaram até que essa medida fosse mundialmente adotada pelos profissionais de saúde. Anos mais tarde, a infecção por *Streptococcus* foi reconhecida como a principal causa de febre puerperal. Incrivelmente, as observações e intervenções sugeridas por Semmelweis precederam qualquer conhecimento sobre a teoria dos germes. Algumas lições podem ser tiradas desta história, como por exemplo, para que uma política de prevenção alcance sucesso, e receba aceitação pública e profissional, ela precisa apresentar suporte científico, ser considerada viável e ser bem alicerçada conquistando os profissionais, a comunidade e suporte político (Gordis, 2009).

John Snow é considerado por muitos autores como o fundador da Epidemiologia. Ele viveu no século XIX e ficou conhecido como o anestesista que administrou clorofórmio à Rainha Vitória durante o parto. Mas foi imortalizado por suas descobertas a respeito da epidemiologia da cólera, o maior problema da Inglaterra em meados do século XIX. Na primeira semana de setembro de 1854, morreram de cólera, aproximadamente seiscentas pessoas que viviam em alguns quarteirões da Broad Street, em Londres. Havia a “teoria miasmática” que postulava que a cólera era transmitida por um miasma, ou nuvem, que se aderiria à superfície da terra. Contrariando esta teoria, Snow acreditava que a cólera era transmitida através de água contaminada. Naquela época o abastecimento de água era feito por diferentes companhias. Ele observou que a captação da água para abastecimento era feita em uma parte muito poluída do Rio Tamisa. No entanto, por razões não relatadas, uma das companhias mudou o local de captação para uma parte menos poluída do rio enquanto as demais mantiveram seus reservatórios no mesmo lugar. Embasado na hipótese de que a cólera era transmitida por água contaminada, Snow realizou um levantamento contando todas as mortes por cólera, indo de casa em casa, e determinando qual era a companhia responsável pelo abastecimento de água de cada casa.

Os achados de Snow encontraram uma grande diferença na taxa de mortalidade entre a companhia que havia mudado o reservatório (38/10.000 casas) e as demais (315/10.000 casas). Essa informação levou o encarregado do Registro Geral a requerer que fosse também registrado o local de abastecimento de água em todos os casos de morte por cólera. Na época de Snow nada era conhecido sobre a biologia da doença nem tão pouco sobre o Vibrião da Cólera. Para os dias de hoje, tomamos como lição, que embora seja muito importante maximizar o conhecimento da biologia e patogênese das doenças, a ausência de um completo conhecimento de cada detalhe sobre o mecanismo patogênico, não deve servir de obstáculo ou desculpa para a não implementação de serviços de prevenção de saúde efetivos.



Figura 1. John Snow e o mapa por ele utilizado para análise espacial dos casos de cólera, Inglaterra, 1854.

Fonte https://geoind.wordpress.com/2013/12/23/john_snow_revisitado/

Quadro 01. Os precursores dos estudos epidemiológicos

Edward Jenner (1749-1829)	Considerado o pai da imunologia. Criou a vacina contra a varíola.
Ignáz Semmeweis (1818-1865)	Precursor da teoria dos germes por observar a relação entre higiene das mãos e febre puerperal.
John Snow (1813-1858)	Considerado fundador da Epidemiologia por ter relacionado a epidemia de cólera ao consumo de água contaminada.

Fonte: Adaptado de Gordis, 2009

No Brasil, vários nomes foram decisivos para a saúde pública brasileira e merecem ser citados:

Oswaldo Cruz (1872-1917) estudou no Instituto Pasteur em Paris, e, no início do século XX, quando retornou ao Brasil, fundou em Manguinhos, Rio de Janeiro, o Instituto que hoje leva o seu nome. Foi ele quem promoveu a vitoriosa campanha contra a febre amarela e também atuou no combate à varíola (Pereira, 2005).

Carlos Chagas (1879-1934) figura entre os nomes que se destacaram no Instituto Oswaldo Cruz, pela descoberta da doença de Chagas que ocorreu em 1909, quando ele esteve em Lassance, Minas Gerais, para combater um surto de malária por ocasião da construção da estrada de ferro local (Pereira, 2005).

Adolfo Lutz (1855-1940) e Emilio Ribas (1862-1925), sanitaristas brasileiros, são outros nomes importantes relacionados ao grupo de Manguinhos, e que se destacaram no estudo das moléstias tropicais e da medicina experimental no Brasil (Pereira, 2005; Rouquayrol & Almeida Filho, 1999).

Quadro 02. Os primeiros sanitaristas brasileiros e suas contribuições para a Epidemiologia

Oswaldo Cruz (1872-1917)	Promoveu a campanha contra a febre amarela e atuou no combate à varíola.
Carlos Chagas (1879-1934)	Destacou-se pela descoberta da doença de Chagas em 1909.
Adolfo Lutz (1855-1940) Emílio Ribas (1862-1925)	Destacaram-se no estudo das moléstias tropicais e da medicina experimental no Brasil.

Fonte: Adaptado de Pereira, 2005

2. APLICAÇÕES DA EPIDEMIOLOGIA

Os principais objetivos da epidemiologia, segundo Leon Gordis, são (Gordis, 2009): identificar a etiologia de uma doença e seus fatores de riscos relevantes; determinar a extensão da doença encontrada na comunidade; estudar a história natural e o prognóstico das doenças; avaliar medidas preventivas e terapêuticas de modelos de atendimento domiciliar em saúde e fundamentar o desenvolvimento de políticas públicas relacionadas a problemas ambientais, questões genéticas e outras considerações a respeito de prevenção de doenças e promoção em saúde.

Esses objetivos orientam a aplicação prática da epidemiologia na promoção de saúde. Qualquer dano ou agravo à saúde, estudados em termos populacionais, são objeto da epidemiologia e sua aplicação pode ser classificada em dez categorias, segundo Pereira, 2005.

- a. Diagnóstico da Situação de Saúde: o estudo epidemiológico consiste em gerar dados quantitativos corretos sobre a saúde da população ou de segmentos populacionais. Têm-se, assim, um diagnóstico epidemiológico populacional. Em qualquer diagnóstico epidemiológico, é importante observar a sua abrangência populacional (representatividade das amostras e técnicas de amostragem aleatória), e também realizar a seleção apropriada dos indicadores de saúde que retratem fielmente cada situação. A partir do conhecimento da distribuição dos eventos, inicia-se o processo de explicação das doenças e a identificação dos pontos onde as ações são mais necessárias. Os dados encontrados fornecerão os fundamentos que alicerçarão a investigação etiológica e implementação de ações saneadoras (Pereira, 2005).
- b. Investigação Etiológica: em uma abordagem unicausal da etiologia da doença, a remoção do agente ou causa faz desaparecer a doença como, por exemplo, no caso da poliomielite, a doença pode ser controlada pela imunização das crianças. No entanto, em uma abordagem multifatorial, devido à grande quantidade de fatores implicados no complexo etiológico da doença, a eliminação de um dos fatores não assegura que ela seja controlada. Neste caso incluem-se as doenças crônico-degenerativas. Na investigação etiológica, é preciso estabelecer uma relação entre uma possível causa (exposição ao fator de risco) e um dado efeito (surgimento da doença). O processo seguinte da investigação etiológica consiste em, diante da possibilidade da relação doença e exposição, procurar determinar se esta relação é de fato um fator causal ou seria uma simples coincidência. Para isso, procede-se à formulação de “hipóteses” a serem investigadas.
- c. Determinação dos riscos: as investigações etiológicas fornecem os dados para a quantificação da associação entre a exposição a um determinado fator e o surgimento subsequente da doença. O risco poderá estar relacionado com a presença de um determinado fator ou com a sua ausência ou ainda com intensidade com que ele está presente ou por sua potencialização quando associado a outros fatores. O risco pode ser calculado de três maneiras. Risco Absoluto ou taxa de incidência, mostra quantos casos novos de doença ocorreram na população estudada, num determinado espaço de tempo; Risco Relativo informa quantas vezes o risco é maior em um grupo quando comparado a outro e Risco Atribuível indica a diferença de incidência entre o grupo de expostos e não expostos, isto é, atribuível apenas ao fator estudado e não a outros fatores (Pereira, 2005).
- d. Aprimoramento na Descrição do Quadro Clínico: colabora no esclarecimento de detalhes das doenças, pois, tratando-se de estudos populacionais, pode-se observar a evolução de uma afecção em um número suficiente de pacientes, reunidos de maneira adequada, com objetividade na aferição.
- e. Determinação de prognósticos: através da epidemiologia é possível dizer se um doente portador de uma determinada característica terá ou não maior probabilidade de apresentar determinada

complicação ou até mesmo estimar sobre maior ou menor tempo de sobrevivência. De modo geral, as investigações epidemiológicas realizadas para determinar fatores de prognóstico apresentam maior propriedade quando efetuadas sobre uma coorte de pacientes, reunidos no estágio inicial da doença e acompanhados por tempo suficiente para que os efeitos da afecção possam se manifestar e serem observados. O objetivo é identificar fatores presentes no momento do diagnóstico que possam ser preditivos do curso da doença.

- f. Identificação de síndromes e classificação de doenças: a observação de padrões de desenvolvimento de uma doença agrupando suas características clínicas, sinais, sintomas e prognóstico pode levar à diferenciação entre um diagnóstico e outro para doenças que anteriormente eram consideradas pertencentes à mesma categoria clínico-patológica.
- g. Verificação do valor de procedimentos diagnósticos: Os resultados de uma investigação epidemiológica são úteis e estão subordinados à precisão dos diagnósticos feitos em níveis individuais onde a soma destes resultados leva a um diagnóstico coletivo.
- h. Planejamento e organização de serviços: os profissionais devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar as ações que respondam às necessidades da população, para tanto, suas ações devem estar baseadas em informações produzidas através do uso da epidemiologia que fornecerá informações sobre a extensão e distribuição dos problemas de saúde, sobre as características da população, os fatores de risco, os recursos humanos, financeiros e materiais.
- i. Avaliação das tecnologias, programas ou serviços: uma avaliação confiável revela a efetividade, eficácia e eficiência das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, ao acesso e à satisfação dos usuários frente aos serviços de saúde. A avaliação, realizadas por instrumentos quantitativos e/ou qualitativos, traz subsídios para a tomada de decisões relevantes para cada uma dessas categorias (Góes *et al*, 2009; Brasil, 2015).
- j. Análise crítica de trabalhos científicos: a epidemiologia fornece conhecimento bem fundamentado para que o profissional tenha uma visão mais crítica e possa avaliar um trabalho científico a partir das características das fontes de dados; dos métodos de investigação, suas aplicações e limitações; das alterações que podem ser introduzidas através do modo de seleção amostral; dos indicadores de saúde utilizados; dos erros rotineiros e comuns que influenciam na coleta de dados e na influência das variáveis de confusão que influenciam na interpretação dos resultados.

3. SAÚDE E DOENÇA

Conceituar saúde não é uma tarefa simples. Este é um conceito que reflete a conjuntura social, econômica política e cultural, ou seja, não é a mesma coisa para todas as pessoas. Depende da época, do lugar e da classe social (Scliar, 2007).

Podemos ser simplistas ao dizer que saúde é a ausência de doença ou então, optarmos por definições mais elaboradas e de difícil mensuração, como a da Organização Mundial de Saúde (1948): “Saúde é o completo estado de bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”.

Na realidade o que encontramos, é um processo evolutivo, entre a saúde e a doença, onde nem sempre se consegue perceber limites precisos. É a chamada **História Natural da Doença**, que nos apresenta o curso de evolução sem que haja a intervenção humana que pode alterá-la com medidas preventivas ou curativas. Ela pode ser dividida em:

- a) **Fase inicial:** ainda não existe a doença, mas sim condições para que ela aconteça (susceptibilidade). É quando acontecem as inter-relações entre hospedeiro susceptível, agente (físico, químico, nutricional ou genético) e fatores ambientais (ecológicos, socioeconômicos, culturais), somado

a presença ou ausência de fatores de risco e de proteção, que determinarão quais pessoas terão maior ou menor propensão a desenvolver doenças. Exemplo: fumo é um fator de risco, vacina é um fator de proteção.

- b) **Fase patológica pré-clínica:** ainda não há evidências clínicas da doença, porém já existem alterações patológicas. É possível realizar diagnóstico precoce de muitas doenças ainda nesta fase, geralmente feitos através de rastreamento, garantindo uma melhor evolução do caso.
- c) **Fase clínica:** é a manifestação clínica da doença, com seus sinais e sintomas. O limiar clínico, ou seja, quando a doença é percebida, depende da própria natureza da doença, de característica do paciente, do observador e da tecnologia utilizada. Nesta fase temos as intervenções terapêuticas.
- d) **Fase de incapacidade residual:** se a doença não evoluir para cura ou morte, ocorrem alterações anatômicas e funcionais que causam as sequelas ao paciente. Nesta fase, as ações de reabilitação auxiliam o paciente a adequação as limitações impostas pela doença.

4. PREVENÇÃO

É o conjunto de medidas adotadas para evitar as doenças ou diminuir suas consequências. Podemos classificar a prevenção nos seguintes tipos:

- Prevenção Primária: são as medidas tomadas no período pré-patogênico, visando à manutenção da saúde e a não instalação da doença. As ações são de **Promoção a Saúde** (saneamento ambiental, nutrição adequada, habitação adequada, educação, lazer) e **Proteção Específica** (imunização, higiene, controle de vetores, fluoretação das águas).
- Prevenção Secundária: medidas para o período patogênico, onde a doença está em curso, e objetivam cessar o processo ou ainda evitar complicações, recidivas ou sequelas. São elas: **diagnóstico** (rastreamento, exame periódico, autoexame), **tratamento** (intervenções médicas precoces e eficazes) e **limitação de danos** (acesso, tratamentos adequados e hospitalizações necessárias).
- Prevenção Terciária: são as ações realizadas no final do processo, e se destinam a atenuar os danos já causados pela doença através do processo de reabilitação (terapia ocupacional, adequação do trabalho, próteses e órteses).

5. CAUSALIDADE

Como citado anteriormente, uma das questões centrais da epidemiologia é identificar a etiologia das doenças. Causa pode ser entendida como qualquer evento, condição ou característica que desempenhe função essencial na ocorrência da doença (Rothman & Greenland, 2005).

O conceito de causalidade e suas aplicações foram mudando acompanhando o contexto histórico e a cultura, indo desde observações empíricas até o desenvolvimento de modelos estatísticos que procuram determinar a associação ou não entre exposição e doença.

Por anos vigorou a **teoria da unicausalidade**, onde a presença de um único agente seria capaz de explicar o aparecimento da doença, teoria que ganhou força principalmente pelo desenvolvimento da microbiologia. Entre os seus principais referenciais teóricos estão os Postulados de Koch (1977).

Já no início do século XX, verificou-se a ineficácia desta teoria para explicar a maioria das doenças. Inicia-se então a **teoria da multicausalidade**, que afirma que a gênese das doenças se dá a partir da combinação de fatores que interagem entre si. Esta teoria pressupõe o conceito de risco, fator de risco e fator de proteção (Menezes, 2001)

Risco: probabilidade da ocorrência de um agravo

Fator de risco: característica associada positivamente ao risco

Fator de proteção: característica associada negativamente ao risco.

Existem três componentes da causalidade. A **causa suficiente**, que é a variável ou conjunto de variáveis, cuja presença inevitavelmente produz ou desencadeia a doença. A **causa necessária ou componente**, que é a variável que deve estar presente e preceder a doença, ou seja, a doença não pode ocorrer na sua ausência. E a **causa contribuinte**, colabora para o aparecimento da doença, mas não é nem suficiente e nem necessária (Menezes, 2001)

Na determinação da causalidade existe uma hierarquia entre os fatores causais, sendo que alguns podem ser mais diretamente associados ao aparecimento das doenças que outros. São classificados em:

- **Fatores distais:** influenciam o aparecimento da doença através de outros fatores. Ex: renda
- **Fatores intermediários:** são parcialmente definidos pelos fatores distais e, influenciam os fatores proximais na ocorrência das doenças. Ex: fatores ambientais
- **Fatores proximais:** são afetados pelos outros níveis e atuam diretamente na produção da doença. Ex: estado nutricional (Menezes, 2001)

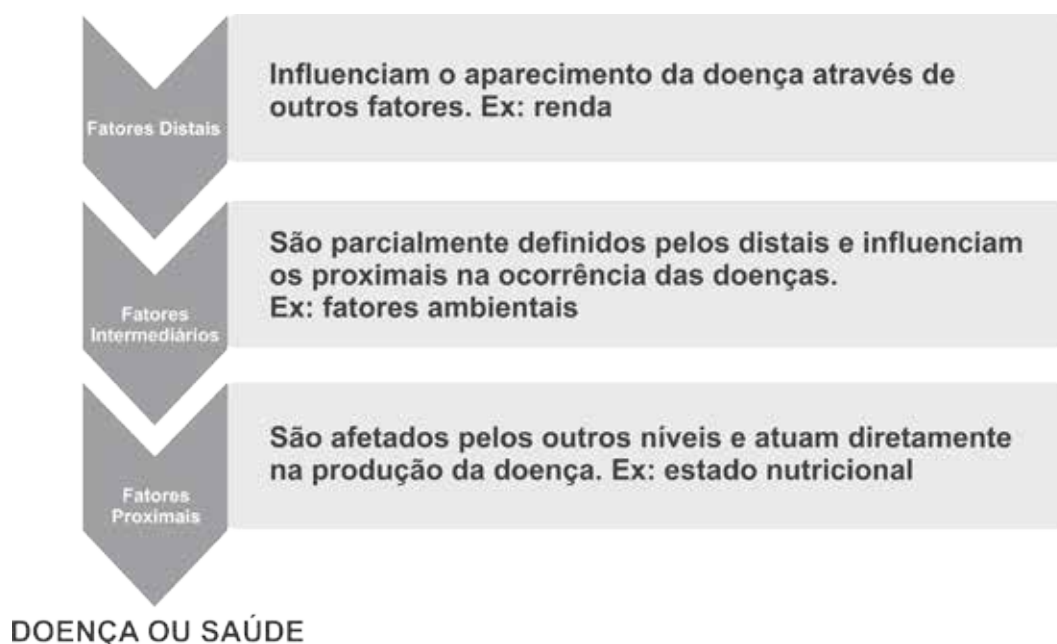


Figura 02. Fatores associados ao processo de saúde-doença

Fonte: Adaptado de Menezes, 2001

6. INDICADORES DE SAÚDE

Os indicadores são frequências relativas compostas por um numerador e um denominador que fornecem informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões relacionados às condições de vida da população e ao desempenho do sistema de saúde. Os indicadores de saúde podem ser medidas do tipo razão, coeficiente (taxa) ou proporção (Pereira, 2005).

Quadro 03. Tipos de Indicadores utilizados em Saúde

Indicador	Característica	Exemplo
Razão	O numerador não é um subconjunto do denominador, ou seja, o numerador não está contido no denominador.	Razão de Mortalidade Materna
Coeficiente ou Taxa	O numerador é constituído pelo total de casos incidentes em um dado período de tempo e o denominador apresenta-se como uma medida composta que inclui a dimensão do tempo (“pessoas-tempo”)	Coeficiente ou Taxa de Mortalidade Infantil
Proporção	O numerador é um subconjunto do denominador, ou seja, o numerador está contido no denominador.	Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica

Fonte: Adaptado de Pereira, 2005 e Merchán-Hamann *et al*, 2000.

São usados para quantificar as condições de saúde de uma população e avaliá-la sistematicamente. Os indicadores fornecem subsídios para a organização dos serviços de saúde, planejamento de ações e investimentos.

A qualidade de um indicador pode ser verificada pela **validade** (capacidade de medir o que se pretende) e **confiabilidade** (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). A validade de um indicador é determinada por sua **sensibilidade** (capacidade de detectar o fenômeno analisado) e **especificidade** (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado). Outros atributos de um indicador são: mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (responder a prioridades de saúde) e custo-efetividade (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos) (Pereira, 2005; OPAS, 2008)

Os principais indicadores de saúde são:

- Indicadores de morbidade: incidência e prevalência das doenças
- Indicadores de mortalidade
- Indicadores demográficos
- Indicadores socioeconômicos
- Indicadores relacionados aos serviços de saúde

Indicadores de Morbidade

Incidência é a ocorrência de casos novos em determinado período de tempo, em uma população em risco. Para o cálculo da incidência é necessário um seguimento, pois cada indivíduo será avaliado no mínimo duas vezes. É uma medida dinâmica, pois analisa a mudança no estado de saúde (Rouquayrol, 1999; Pereira, 2005).

A incidência pode ser medida de várias formas:

- **Incidência:** é o número absoluto de casos novos ou incidentes. Por si só a incidência não permite comparações entre diferentes populações e entre diferentes períodos de tempo.
- **Taxa de Incidência:** é o número de casos novos sobre a população em risco durante determinado tempo.

- **Incidência Acumulada:** é o número de casos novos sobre o número de pessoas saudáveis no início da observação, por um tempo determinado.

Tanto a taxa de incidência como a Incidência acumulada são consideradas como medidas de risco.

A incidência é utilizada em investigações etiológicas para elucidar relações de causa e efeito, avaliar o impacto de uma política, ação ou serviço de saúde, além de estudos de prognóstico (Pereira, 2005).

Taxa de Incidência

$$\frac{\text{Número de casos novos no período}}{\text{População em risco no período}} \times 10^n$$

Prevalência é a medida da quantidade de casos em um determinado ponto do tempo. Pode ser comparado a uma fotografia onde se conta o número de ocorrências (casos velhos e novos). A taxa de prevalência é chamada de “taxa de prevalência pontual”, quando o número de casos é de um momento específico ou “taxa de prevalência no período”, quando são usados dados de um período de tempo.

A prevalência depende da incidência, da duração da doença, da letalidade, da cura, da imigração e emigração de doentes (Rouquayrol, 2002).

Medidas de prevalência são muito úteis para avaliação das necessidades em saúde (por exemplo: número de consultas, leitos) e no planejamento dos serviços.

Taxa de Prevalência

$$\frac{\text{Número de casos existentes}}{\text{População em risco}} \times 10^n$$

Indicadores de Mortalidade

Coefficiente geral de mortalidade (CMG): é calculado dividindo-se o total de óbitos do período, pelo total da população na metade do período, multiplicado por 1000.

É um indicador de fácil cálculo e permite comparar diferentes regiões ou a mesma região ao longo do tempo. Porém, para qualificá-lo é necessário fazer outras análises: Do que estão morrendo? Com qual idade?

Também deve se ter cuidado ao analisar populações com diferentes padrões etários, pois é esperado que populações mais velhas apresentem maior mortalidade.

Mortalidade proporcional por causas: é um indicador do tipo proporção, onde o numerador é o número de óbitos por determinada causa e o denominador o número total de óbitos no mesmo período multiplicado por 1000.

O estudo da mortalidade proporcional por causas ao longo dos anos possibilita analisar a mudança de perfil de mortalidade que vem ocorrendo no Brasil nas últimas décadas. A esta mudança, dá-se o nome de *transição epidemiológica*, que caminha em paralelo com a *transição demográfica* do nosso país, marcada pela diminuição da fecundidade e envelhecimento populacional.

As principais características da transição epidemiológica são: diminuição da mortalidade por doenças infectocontagiosas e aumento das mortes por doenças crônicas, principalmente as cardiovasculares e neoplásicas.

Coefficiente de mortalidade infantil (CMI): é o número de óbitos de menores de 1 ano de idade sobre os nascidos vivos no período multiplicados por 1000. É indicador que dá uma estimativa de risco de morrer antes de completar 1 ano de vida a que a população de nascidos vivos está exposta.

É um indicador consagrado mundialmente, sendo usado como indicador de qualidade de vida e desenvolvimento.

Este indicador é subdividido em:

- **neonatal:** óbitos ocorridos de 0 a 27 dias de vida. O período neonatal se divide em: neonatal precoce (0 a 6 dias de vida) e neonatal tardio (7 a 27 dias de vida)
- **pós-neonatal:** óbitos ocorridos de 28 dias até 1 anos de vida

Os óbitos no período neonatal são geralmente relacionados à gestação e ao parto e no período pós-neonatal, normalmente estão relacionados a fatores socioeconômicos e ambientais, como por exemplo: diarreia e pneumonia.

7. DESENHOS DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS

Os desenhos de estudos epidemiológicos visam a observação sistemática dos fenômenos de interesse, usando a teoria e métodos estatísticos para analisar os achados e fazer comparações e identificar associações entre variáveis (Medronho, 2003). O delineamento cuidadoso é responsável direto pelo sucesso da pesquisa e ele deve ser baseado principalmente na pergunta “o que quero responder com isto” (Hulley *et al*, 2008).

Os estudos podem ser agrupados segundo figura abaixo:

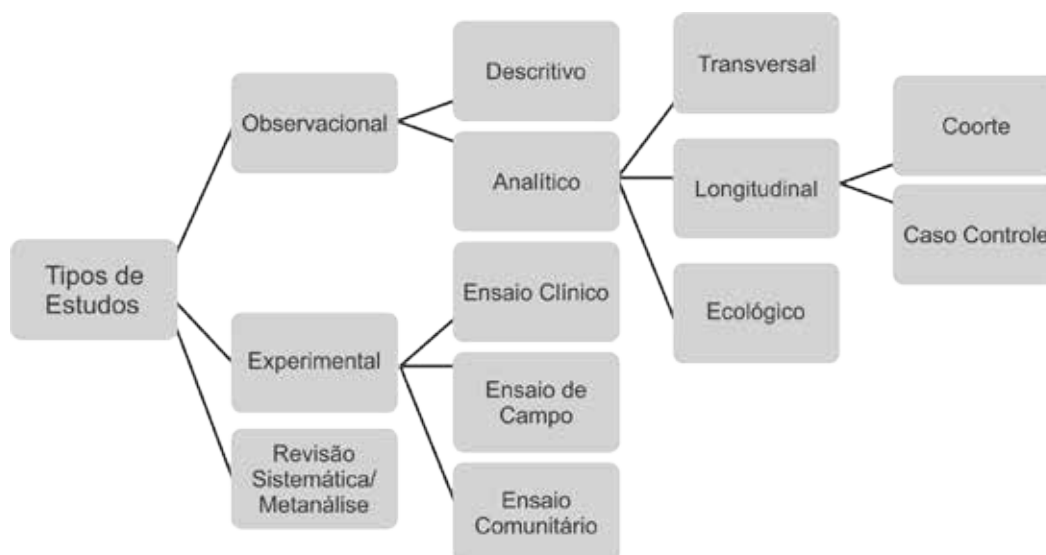


Figura 3. Tipos de Estudos Epidemiológicos. Fonte: Adaptado de Medronho, 2013

Descreveremos, a seguir, as principais características de cada tipo de estudo:

Estudos Observacionais

O pesquisador não interfere no processo de pesquisa, ou seja, tem um papel passivo no estudo. É dividido em estudos descritivos e analíticos.

Estudos Descritivos

É o tipo de estudo que descreve as características do evento estudado, segundo tempo, lugar e características dos indivíduos. Baseiam-se basicamente em três perguntas: *Quando?* Período e velocidade da doença; *Onde?* Descreve a distribuição espacial da doença; *Quem?* Fala da distribuição das doenças por sexo, idade, raça e outros (Medronho, 2003).

Não existe grupo controle, portanto com este estudo não é possível gerar hipóteses, porém pode servir de base para estudos posteriores. Tem como vantagens ser rápido e barato e também é importante para doenças novas e raras.

São exemplos deste tipo de estudo: os censos, inquéritos, estudos de caso ou estudo de uma série de casos.

Estudos Analíticos

Estes estudos procuram analisar as relações de causa X efeito.

- **Estudo Transversal:** também conhecido como estudo seccional ou estudo de prevalência, ele fornece um diagnóstico instantâneo da situação de saúde de uma população com base na avaliação individual de seus membros. É um corte no histórico da doença, onde exposição e desfecho ocorrem ao mesmo tempo. Não há acompanhamento dos indivíduos, não sendo possível estimar risco. A medida de efeito comumente usada em estudos transversais, é a razão de prevalências, ou seja, a expressão numérica da comparação do risco de adoecer entre um grupo exposto a um determinado fator de risco e um grupo não-exposto:

Razão de Prevalência

Prevalência em Expostos

Prevalência em Não Expostos

- **Estudo Longitudinal:** neste tipo de estudo são realizadas, pelo menos, duas observações na mesma população em tempos distintos. Pode ser **prospectivo** no qual a exposição e a doença são mensuradas durante a investigação – Estudo de Coorte. Ou **retrospectivo**, onde a exposição e a doença são mensuradas após sua ocorrência, usando-se registros ou relatos – Estudo de Caso Controle (Medronho, 2003).
- **Estudo de Coorte:** também chamado de seguimento ou *follow-up*. Neste estudo, indivíduos saudáveis com características comuns são observados ao longo do tempo para de observar a ocorrência ou não de determinado desfecho. A análise é feita observando a ocorrência ou não da doença entre os expostos ou não a determinado fator. A medida de efeito é o Risco Relativo (RR), que pode ser interpretado como a medida de quanto o risco é maior ou menor entre expostos e não expostos.

Risco Relativo

Incidência em Expostos

Incidência em Não Expostos

- **Estudo de Caso-controle:** é um estudo retrospectivo, parte do desfecho para chegar à causa. Em uma população se escolhe o grupo caso (formado por pessoas que possuam uma doença ou condição específica) e o grupo controle (formado por indivíduos que não tenham essa doença ou condição). Os grupos que devem possuir características semelhantes. O objetivo desse tipo de estudo é verificar se a exposição a um determinado fator pode ser associada ao risco ou a proteção de se adquirir ou não essa doença ou condição específica. Normalmente, é utilizado para estudar doenças raras ou de longo período de latência. A medida de associação utilizada nos estudos de caso-controle é o Odds Ratio, estimativa da razão das forças de morbidade entre expostos e não expostos ao fator de risco.

Odds Ratio

Caso expostos / Caso não expostos

Controle expostos / Controle não expostos

Estudos Ecológicos

Este tipo de estudo tem como unidade de análise um grupo de pessoas ou uma população que geralmente pertence a uma área geográfica definida. Frequentemente utilizam dados secundários, como os extraídos dos sistemas de informações disponíveis: Sinasc (Sistema de Informações de Nascidos Vivos), SIM (Sistema de Informação de Mortalidade), entre outros.

Procuram avaliar o quanto o contexto ambiental e o social podem afetar a saúde de grupos populacionais.

Os estudos ecológicos têm como finalidade gerar e testar hipóteses etiológicas, além de avaliar a efetividade de intervenções nas populações. Suas vantagens são a rapidez e baixo custo e desvantagens são a impossibilidade de inferir seus resultados em nível individual (Falácia Ecológica).

Estudos Experimentais

Neste tipo de estudo, o pesquisador aplica uma intervenção e observa seus efeitos sobre os desfechos, ou seja, participa ativamente interferindo nos processos através de experimentos sistematizados e controlados.

Sua principal vantagem em relação aos estudos observacionais é sua capacidade de testar as relações causa-efeito, demonstrando a causalidade (Hulley *et al*, 2008). Suas desvantagens são o alto custo, necessitam de tempo de execução e podem expor os participantes a potências danos, devendo seguir rígidas normas éticas.

8. A EPIDEMIOLOGIA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO

A Epidemiologia deve assumir um papel primordial no dia a dia da Gestão de Serviços de Saúde por sua contribuição (Garcia & Duarte, 2014; Rouquayrol, 2012):

- a. na Análise da situação de saúde;
- b. no Planejamento dos serviços;
- c. na Avaliação e Monitoramento de Programas, Serviços e Tecnologias.

a. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

A análise da situação de saúde de uma população e suas tendências (envelhecimento da população, mudança de padrão de morbidade, etc.) visa subsidiar a implementação de ações adequadas, efetivas e oportunas. Para uma boa análise é necessário mapear o território, identificando os equipamentos de educação, de assistência social, de cultura e esportes, entidades religiosas e filantrópicas existentes, bem como os demais equipamentos de saúde para o desenvolvimento de ações compartilhadas e intersetoriais. Também é recomendada a análise espacial da distribuição das doenças no território para identificação das áreas de risco e de grupos vulneráveis e investigação de causalidade. Além disso, é de suma importância a avaliação dos indicadores. Os principais indicadores utilizados para a análise da situação de saúde são:

- Indicadores Demográficos: População total; População por faixa etária e sexo; Proporção de menores de 05 anos e de idosos; Esperança de vida ao nascer entre outros;
- Indicadores Socioeconômicos: Taxa de analfabetismo; Renda *per capita*; Taxa de desemprego entre outros;
- Indicadores Epidemiológicos: Mortalidade por idade e sexo; Mortalidade Materna e Infantil; Mortalidade por causas específicas (de acordo com interesse local); Morbidade de doenças crônicas e de doenças transmissíveis (por exemplo: Incidência de Neoplasias, Prevalência de Hipertensão e Diabetes no território, Incidência de Hepatite); Indicador de Fator de Risco e de Proteção (por exemplo: Prevalência de Fumantes, de Obesos, Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes, Índice CPOD, Proporção de crianças de 05 a 06 anos de idade com índices ceo-d igual a zero, Prevalência de Aleitamento Materno);
- Indicadores de Cobertura: Número de consultas médicas por habitante; Cobertura de consultas de pré-natal; Proporção de crianças vacinadas na faixa etária recomendada; Proporção da população servida por rede abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo.

Para a viabilização dessa análise, o gestor deve ter acesso e familiaridade com os sistemas de informação disponíveis que podem fornecer a grande maioria dos dados, como o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), os relatórios do IBGE entre outros. Os demais dados deverão ser coletados no próprio território através de inquéritos, levantamentos epidemiológicos, etc.

b. PLANEJAMENTO DOS SERVIÇOS

O gestor, norteado pelas diretrizes das Políticas Públicas de Saúde das esferas de Governo (Planos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde) e subsidiado pela análise da situação de saúde, deve, juntamente com sua equipe, realizar o planejamento e priorização das ações em todos os níveis de atenção e estabelecer metas a serem cumpridas. Exemplo: em uma Unidade Básica de Saúde, quantas consultas de puericultura oferecer? Quantas de Pré-Natal? Que grupos de prevenção são pertinentes a essa população? Quantas vagas de urgência odontológica devem ser oferecidas por dia?

c. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

A partir das ações planejadas deve-se realizar um monitoramento a fim de avaliar se as metas foram atingidas e o impacto dessas ações na situação de saúde, ou seja, se houve queda na mortalidade infantil, materna, diminuição das internações hospitalares por causas sensíveis à atenção básica, diminuição de mortes evitáveis, melhor controle das doenças crônicas, melhora da cobertura vacinal entre outros.

Esse deve ser um processo contínuo que orientará o trabalho cotidiano do gestor, pois essa avaliação será uma nova análise da situação de saúde que subsidiará um novo planejamento que desencadeará novas ações prioritárias. Assim, o serviço atinge uma dinâmica capaz de responder com mais assertividade às necessidades e demandas de saúde do território.

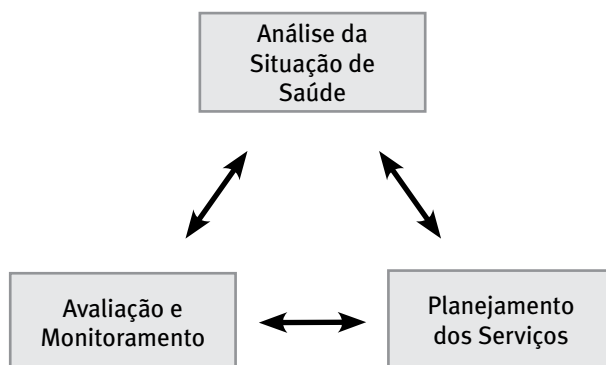


Figura 4. Usos da Epidemiologia na Gestão de Serviços de Saúde. Fonte: Adaptado de Rouquayrol, 2012

9. EPIDEMIOLOGIA EM SAÚDE BUCAL

O método epidemiológico passou a ser utilizado na Saúde Bucal na década de 30, nos Estados Unidos da América, onde foram feitas as primeiras correlações entre cárie, fluorose e teor de flúor na água (Frazão, 2003).

Os principais instrumentos de medida em odontologia que são utilizados em levantamentos epidemiológicos são:

- Índice CPO-D: resultado da soma de todos os dentes cariados, perdidos e obturados dividido pelo total de pessoas examinadas.

CPO-D

O índice CPO-D também pode ser utilizado para a dentição decídua, nesse caso, ele assume a nomenclatura ceo-d e considera-se a somatória dos dentes decíduos cariados, extraídos e obturados dividido pelo total de indivíduos examinados.

Outras variações desse índice também são utilizadas como a medida de superfícies dentárias afetadas pela doença cárie e a medida dos diferentes estágios da lesão cariiosa – mancha branca, lesão de esmalte, de dentina etc. (Frazão, 2003).

Outros Índices:

- Índice Periodontal Comunitário (CPI): verifica a ocorrência de sangramento, cálculo e presença de bolsa periodontal tendo como referência o exame por sextante – grupos de 6 dentes entre os 32 da arcada dentária (Brasil, 2011).
- Oclusão Dentária: (DAI – ‘Dental Aesthetic Index’): expressa o estado oclusal do indivíduo e sua respectiva necessidade de tratamento ortodôntico (Brasil, 2011).
- Fluorose Dentária: observa-se a presença ou não de fluorose. Tem-se utilizado o índice de Dean que a classifica como: muito leve, leve, moderada e severa (Brasil, 2011).
- Edentulismo: observa-se o uso e a necessidade de prótese. É importante para subsidiar o planejamento das ações a partir da análise da realidade (Brasil, 2011).

No Brasil, foram realizados quatro grandes levantamentos nacionais (1986, 1996, 2003 e 2010) que tiveram grande relevância para a construção de uma consistente base de dados relativa ao perfil epidemiológico de saúde bucal da população brasileira.

Em Saúde Bucal Coletiva, para se realizar a análise da situação de saúde, o planejamento das ações voltadas à odontologia e o monitoramento e avaliação dessas ações, também se utiliza os seguintes indicadores, pactuados pelos entes federativos responsáveis pela gestão do SUS (Brasil, 2013):

- Cobertura Populacional estimada pelas equipes Básicas de Saúde Bucal: visa medir a ampliação do acesso à saúde bucal pela população.

Cálculo do Indicador

$$\frac{(\text{Soma da carga horária dos dentistas}/40) \times 3.000}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

- Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada: reflete o acesso da população à orientação para prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie e doenças periodontal.

Cálculo do Indicador

$$\frac{\text{Nº participantes ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local 12 meses} / 12}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

- Proporção de exodontia em relação aos procedimentos: tem-se como meta reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos.

Cálculo do Indicador

$$\frac{\text{Total de extrações em um determinado local e período}}{\text{Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período}} \times 100$$

10. A EPIDEMIOLOGIA NO DIA A DIA DA GESTÃO

Mesmo um gestor que tem o conhecimento teórico de epidemiologia nem sempre consegue, com facilidade, colocá-la em prática e usá-la como instrumento de gestão. Na correria do dia a dia, em que se resolve mais problemas urgentes do que se planeja ações a médio e longo prazo, se não houver uma sistematização de coleta e análise de dados, a epidemiologia será sempre preterida.

Conscientes dessa realidade, gostaríamos de compartilhar uma experiência de nossa prática profissional, como membros do Colegiado de Gestão do Distrito de Saúde Sudoeste, da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas – SP. Tendo como diagnóstico a dificuldade do uso da informação nas ações do cotidiano da gestão, o Programa de Educação Permanente do Distrito de Saúde Sudoeste elencou esse

tema como prioridade. Foram realizados vários encontros mensais com a presença da coordenação do Distrito Sudoeste, de apoiadores institucionais e coordenadores de serviços. Nesses encontros, utilizou-se a metodologia ativa de aprendizagem com o objetivo de construir coletivamente um instrumento que contivesse um rol mínimo de informações que todo gestor deveria saber e monitorar de sua unidade. O Colegiado chamou esse instrumento de Prontuário Gerencial.

O Prontuário Gerencial proposto por esse coletivo é formado pelos seguintes tópicos:

- I – Características Gerais da Unidade (Nome, CNES, Endereço, Horário de Funcionamento, Conselho Local de Saúde)
- II – Histórico da Unidade de Saúde
- III – Missão da Unidade / Valores
- IV – Ofertas da Unidade de Saúde com fluxos e horários (consultas, grupos, procedimentos)
- V – Recursos Humanos
- VI – Estágios (Integração Ensino/Serviço)
- VII – Controle Social
- VIII – Gestão Colegiada
- IX – Características do Território (Características geográficas, áreas de risco/vulnerabilidade, área de abrangência das equipes, equipamentos sociais)
- X – Estrutura Física (mapa de salas, controle de manutenção corretiva e preventiva)
- XI – Dados demográficos e sociais
- XII – Construção de redes (pontos de atendimento dos outros níveis de atenção)
- XIII – Dados de produção
- XIV – Dados Epidemiológicos e Indicadores

Dentre os tópicos do Prontuário Gerencial, o XIV é o que tem mais afinidade com o tema abordado nesse capítulo, por isso iremos detalhá-lo. Os dados e indicadores foram separados por área de cuidado (Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Adulto). O grupo de gestores elencou, segundo a vivência de cada um, os dados/indicadores que eram essenciais para auxiliar a gestão do cuidado em saúde.

Saúde da Criança

Indicador	Detalhamento
Proporção de crianças menores de 4 meses em Aleitamento Materno exclusivo	Número de crianças em aleitamento exclusivo até os 04 meses de idade em determinado local e período / Número total de crianças até 04 meses X 100
Proporção de Nascidos Vivos de baixo peso	Número de Nascidos Vivos com peso menor que 2,5 kg em determinado local e período / Número total de Nascidos Vivos no mesmo local e período X 100
Proporção de crianças menores de 01 ano com vacinas em dia	Número de crianças menores de 01 anos com vacina em dia em determinado local e período / número total de crianças menores de 01 ano X 100
Coefficiente de Mortalidade Infantil	Número de óbitos infantis no mesmo local e período / número total de nascidos vivos X 1000

Saúde da Mulher

Indicador	Detalhamento
Razão de Mortalidade Materna	Número de óbitos maternos em um determinado local e período / total de nascidos vivos no mesmo local e período X 100.000
Proporção de Gestantes Menores de 20 anos	Número de gestantes menores de 20 anos em um determinado local e período / número total de gestantes cadastradas no mesmo local e período X 100
Razão de exames citopatológicos de colo de útero em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos	Número de exames citopatológicos de colo de útero em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos em determinado período e local / total da população feminina nessa faixa etária no mesmo local e período X 100
Proporção de Mamografias alteradas em mulheres acima de 40 anos	Número de mamografias alteradas realizadas em mulheres acima dos 40 anos em determinado local e período / número total de mamografias realizadas em mulheres acima de 40 anos no mesmo local e período X 100
Proporção de Mulheres com Câncer de Colo de Útero	Número de mulheres entre 25-64 anos com câncer de colo de útero em um determinado local e período/número total de mulheres entre 25-64 anos no mesmo local e período X 100

Saúde do Adulto

Indicador	Detalhamento
Número de hipertensos acompanhados	Número de hipertensos acompanhados em um determinado local e período / número total de hipertensos cadastrados X 100
Número de diabéticos acompanhados	Número de diabéticos acompanhados em um determinado local e período / número total de diabéticos cadastrados X 100
Cobertura de 1ª Consulta Odontológica Programática	Número de 1ª Consulta Odontológica Programática em determinado local e período / Total de População Cadastrada

Esses são alguns exemplos dos dados/indicadores propostos. O ideal é que cada gestor, levando em conta as características da população e do território de sua unidade, construa seu instrumento de levantamento e monitoramento de dados.

Salientamos que nem sempre é imprescindível a realização do cálculo de um indicador. Quanto menor a população ou a raridade do evento é mais importante saber o número absoluto. Por exemplo: a morte de uma criança em uma unidade de saúde com uma população pequena irá gerar um coeficiente de mortalidade infantil altíssimo, o que significa pouco se esta for uma morte considerada inevitável. Nestas situações é mais importante saber o número absoluto de casos e qualificar este dado, do que realizar cálculos de indicadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Epidemiologia básica; [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. 2.ed. – São Paulo, Santos. 2010; 213p.
- Brasil. Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. SBBrasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf Acessado em julho de 2015
- Brasil. Serviços de saúde. <http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/avalia/pnass.htm>. Acessado em abril de 2015.
- Frazão, P. Epidemiologia em Saúde Bucal. In: Pereira, AC *et al.* Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- Garcia LP, Duarte E. Epidemiologia em serviço: conhecimento útil e inovador para o Sistema Único de Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 2014, 23(4):597-598.
- Góes PSA, Figueiredo N, Rocha RACP. Tratado de saúde coletiva em odontologia. Aspectos teóricos e metodológicos da avaliação de serviços e programas em saúde bucal. Ed. Napoleão, 2009; p.395-412.
- Gordis L. Epidemiology. Philadelphia. 4ª Ed. Cap.1.2009; p.3-17.
- Hulley, SB; Cummings SR; Browner WS; Grady DG; Newman TB. Delineando a Pesquisa Clínica. Ed. Artmed, 3ª edição
- Last JM. A dictionary of epidemiology, 4th ed. New York, Oxford University Press, 2000.
- Medronho RA. Epidemiologia. Ed. Atheneu, 2003.
- Menezes AMB. Epidemiologia das Doenças Respiratórias. Revinter, 2001.
- Merchán-Hamann E; Tauil PL; Costa MP. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização da nomenclatura. Inf. Epidemiol. Sus v.9 n.4 Brasília dez. 2000
- Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. Boletín Epidemiológico 2001; 22(4): 1-5.
- Pereira MG. Epidemiologia Teoria e Prática. 8ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005.
- Peres MA & Antunes JLF. Epidemiologia da Saúde Bucal. O método epidemiológico de investigação e sua contribuição para a saúde bucal. Ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2006. p. 3-18.
- Rothman K; Greenland S. Causation and Causal Inference in Epidemiology. American Journal of Public Health, vol 15, p. 144-150, 2005.
- Rouquayrol, M. Z; Almeida Filho, N. Epidemiologia & Saúde, 5ª Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

Rouquayrol MZ; Gurgel M. Epidemiologia & Saúde, 7ª Ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2012.

Scliar M. História do Conceito de Saúde. Physis: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007

Straub RO. Psicologia da saúde. Tradução Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre. Ed. Artmed. 2005; cap. 1, p. 20-51.

Trostle, J. Epidemiology and Culture. Cambridge: Cambridge University Press, (2005); p.7.

CAPÍTULO 5 – PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE

Autores:

João Alves dos Santos Neto

Cirurgião Dentista, Assessor Técnico – Jandira/ SP

Especialista em Saúde Coletiva e em Gestão Pública em Saúde – Santa Casa de São Paulo

Mestrando MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Sérgio Luiz da Costa

Enfermeiro; Assessor do Gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde/MS

Especialista em Gestão Pública em Saúde – FCMSCSP Mestrando Curso PG em Odontologia em Saúde Coletiva FOP UNICAMP

Stephen Kunihiro

Cirurgião-dentista; Diretor-executivo da NK Sistema de Informação em Saúde Ltda.; Especialista em Saúde Coletiva e Saúde da Família FOP UNICAMP; Mestrando Curso PG em Odontologia em Saúde Coletiva FOP UNICAMP

Denise de Fátima Barros Cavalcante

Cirurgiã Dentista, Especialista em Saúde Coletiva e Gestão Financeira em Saúde, Ex Secretária de Saúde e Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Condado-PE e ex-coordenadora de saúde bucal de Limoeiro, PE; Mestranda do Curso de PG em Odontologia em Saúde Coletiva da FOP UNICAMP

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos do capítulo

Os profissionais da saúde em sua maioria, infelizmente, não tem na sua formação uma grade curricular que abranja as áreas de controladoria como finanças, orçamento e gestão. Nos dias de hoje todo o repasse dos recursos orçamentários é regulamentada e monitorada pelo governo. Portanto, sem o conhecimento das leis que regem este sistema de repasse e sem a competência de gestão, fica quase impossibilitado elaborar um planejamento que seja em longo prazo sustentável. O objetivo deste capítulo é trazer um pouco do conhecimento da legislação, do sistema corporativo de todos os entes do governo – federal, estadual e municipal, além da experiência ditosa de um planejamento eficaz para que o leitor tenha condições de compreender como é realizado o planejamento em saúde para o seu município.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

- CONSIDERAÇÕES INICIAIS
- CONCEITO DE PLANEJAMENTO
- PLANEJAMENTO EM SAÚDE E PENSAMENTOS
- PLANEJAMENTO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
- INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
- EXPERIÊNCIA EM PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE
 - Relato de execução de planejamento e programação no município de Várzea Paulista no período de 2006 a 2009.
 - Relato de experiência em Planejamento na Secretaria do Estado da Bahia a partir da Matriz SWOT.
- CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Leitura Obrigatória

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Organização e funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 52p.

Tofani LFN, Carpintero MCC, Bruno VR. O pacto pela saúde e o fundo municipal de saúde de Várzea Paulista. Saúde Soc. 2009; 18(Supl 1): 22-5.

Leitura complementar

Sancho LG. Revisitando a literatura sobre custo-efetividade e utilidade em saúde. Cad Saúde Pública. 2008; 24(12): 2735-46.

ATIVIDADE:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarPagina.action>

Como atividade, pesquisar o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão, os instrumentos de planejamento.

Acesse o site: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarPagina.action>

No “mapa” clique no Estado de escolha;

Na situação do relatório de gestão, selecione o tipo de gestão, município, ano e clique em consultar;

Selecione o tipo de gestão;

Selecione o Município;

Selecione o ano;

Clique em consulta;

Clique baixar arquivo em relatório anual de gestão.

Clique em baixar arquivos para visualizar os demais arquivos.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O planejamento e programação em saúde se faz necessário e, dentre de muitas relações, os gastos em saúde com os recursos econômicos disponíveis. Dos fatores que influenciam a demanda estão: necessidade sentida, fatores psicossociais, seguridade social, demografia, epidemiologia, utilização dos serviços, regulamentação e fatores culturais. A base de produção inicial do planejamento provém das informações diversificadas, consistentes, comparáveis, atualizadas e oportunas que provém das mudanças socioeconômicas, demográficas e tecnológicas e suas implicações nas políticas públicas dos órgãos governamentais (Travassos, 2008; Zucchi, 2000).

Em seu contexto político, o SUS se desenvolve em cenários complexos, dinâmicos, cuja distinção e disputas de interesses, ambientes, sujeitos e projetos específicos, tendo como princípio a efetivação de uma política pública de qualidade, que defenda a vida, fomenta a autonomia, o protagonismo e a participação social. Em suas diretrizes, o SUS indica a horizontalização das relações federativas, a democratização das relações de trabalho e a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde. Portanto, torna-se importante a interação e a troca de saberes, poderes e práticas integradoras entre trabalhadores, usuários e gestores, possibilitando a produção de saúde (Brasil, 2012b).

Pela própria natureza do Estado brasileiro, a atuação conjunta dos entes federados nas políticas públicas deve garantir a autonomia de cada um deles e, ao mesmo tempo, possibilitar a adoção de ações coordenadas, articuladas e socialmente efetivas, que se expressa no federalismo cooperativo a partir de acordos intergovernamentais para a aplicação de programas e financiamentos conjuntos, poderes de decisão das esferas de governo – em benefício de um mecanismo complexo e menos formalizado, de negociação e acordo intergovernamental. Com isso, há uma tendência de redução das políticas que sejam conduzidas por apenas um ente federado, colocando-se o desafio do reconhecimento de uma relação de interdependência entre eles e a necessária ação conjunta das atividades. Tendo como base o cenário internacional, apesar do persistente descumprimento da legislação e das diretrizes, além das intercorrências políticas, não tem como se negar o avanço ou progresso brasileiro nas últimas décadas em relação à saúde, demonstrado pelo contexto de crescente democratização. Isto aponta para uma proposta de um planejamento que seja cada vez mais comunicativo e participativo, onde há necessidade de contínuo diálogo, num processo de troca mútua e de aprendizagem (Matus, 1996; Brasil, 2012b).

Outro aspecto importante no planejamento é o fator econômico. Apesar de todo esforço dos países vizinhos do Brasil em reconhecer a necessidade de investir recursos à saúde, tais como tecnológicos, financeiros, e organizacionais, a adoção efetiva de uma organização estruturada se dá somente em 1988, que através da Constituição Federal do Brasil de 88 explicita no Artigo 198 a “saúde como direito do cidadão de dever do estado”, constituindo uma das mais importantes conquistas sociais das últimas décadas o SUS, resultante de um processo político que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais e arranjos participativos de gestão. O SUS operacionaliza a efetivação da política de saúde e compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde nos âmbitos municipal, estadual e federal, tendo, ainda, de forma suplementar, os serviços privados de saúde (Brasil, 2009c).

Em relação à oferta de serviços, aumenta a pressão da demanda, onde podemos citar: progresso técnico-médico, difusão da inovação e multiplicação de centros de assistência. Considerando a magnitude do gasto com saúde é de fundamental importância o planejamento para o uso adequado dos recursos econômicos (Zucchi et al., 2000).

2. CONCEITO DE PLANEJAMENTO

Planejar é prever no presente, ações a serem executadas no futuro, através de diagnóstico gerencial, considerando o ambiente marcado por incertezas e turbulências e a necessidade permanente de mudança, baseado no processo e consciência sobre as políticas e diretrizes da organização. Segundo Matus (1989) planejamento é o “*cálculo que precede e preside a ação*”. O planejamento pode ser uma forma da sociedade exercer poder sobre o futuro, orientando e moldando a vontade dos atores nas suas decisões coletivas. O Planejamento passa por negociação conflitante onde a tomada de decisões não resulta de uma disputa entre os participantes.

Para nortear a estrutura de planejamento é preciso fazer algumas perguntas iniciais: “O quê?”, que identifica a ideia do indicador. “Para quem?” aponta o destinatário da ação. “Quanto?” refere-se à quantidade, intervalo de tempo. “Como?”, o processo. “Quando?”, tempo ou prazo. “Onde?”, o local geográfico.

Planejamento é um instrumento para organização da ação dos atores e agentes, orientando as iniciativas e gerando uma convergência e articulação das diversas formas de intervenção da realidade. Qualquer planejamento estratégico deve ampliar sua visão para as tendências ou outros horizontes, além da sua própria organização (Kurcgant et al., 2006).

Como tal, deve-se definir claramente a *metodologia* para uniformizar procedimentos básicos de ação, a fim de estabelecer a *interação necessária entre os diversos níveis hierárquicos da administração para um coerente processo de decisão*. Basicamente, busca-se disciplinar procedimentos que possibilitem que as decisões tomadas nos níveis estratégicos superiores sobre diretrizes, estratégias e objetivos globais possam fluir, afim que os escalões inferiores respondam com propostas que viabilizem o alcance das metas pretendidas. Com os objetivos propostos, o planejamento estratégico está relacionado a adaptar a organização para mudanças futuras, onde o planejamento tático, como desdobramento do planejamento estratégico de médio prazo, delineia a consecução dos objetivos em setores fracionados da organização. E, em cada setor da organização, são realizados os planejamentos operacionais como desdobramento do planejamento tático com metas em curto prazo, geralmente dentro de um sistema fechado visando otimização de recursos e maximização de resultados. O bom planejamento estratégico pode ser entendido como a escolha consciente de ações que aumentem as chances de obter no futuro algo desejado no presente. É uma atividade que orienta possibilidades, arranjos institucionais e políticos. Planejar é um processo, enquanto o plano é um registro momentâneo deste processo e o planejador é seu facilitador (Kurcgant, 2006).

O planejamento sistêmico atrela outros importantes conceitos que a priori parecem não fazer parte: das quais se destacam avaliação e qualidade. Um é meio e outro resultado. O que interliga estes dois conceitos são os dados, que podem ser transformados numa importante fonte de informação que garantirá à organização um desenvolvimento com sustentabilidade. Ou seja, contribui para a mobilização das energias sociais, tanto da parte dos gestores, conselheiros, como de todos ligados direta ou indiretamente à operação, constituindo uma referência para a implementação das ações que podem desatar o processo de transformação na direção de objetivos definidos pela sociedade, o qual leva ao desenvolvimento sustentável. Diante desta complexa malha setorial interagindo, mesmo numa condição de normalidade é fácil observar as ingerências. Considerando as grandes oscilações no ambiente macroeconômico mundial, as instituições devem estar devidamente estruturadas e precavidas para a sua própria sustentabilidade (Kurcgant, 2006).

Há três métodos de Planejamento em Saúde Pública mais utilizados nacionalmente:

- Planejamento Tradicional;
- Planejamento Estratégico Situacional (PES); e
- Método Altadir de Planificação Popular (MAPP).

Planejamento Tradicional:

Dentre várias escolas e pensamentos de planejamento em saúde temos a tradicional escola CENDES-OPAS. Desenvolveu-se entre 1962 e 1963 como resposta as demandas apresentadas na Reunião de Punta Del Este em 1961 – que reuniu os ministros da saúde dos países latino-americanos. Era necessária a formulação de planos integrados de desenvolvimento econômico e social, como condição para a realização de investimentos externos. A princípio, representado pela elaboração e utilização do método desenvolvido pelo Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela – e que vai desde começos da década de 60 a meados da década de 70 e, posteriormente, estabeleceu-se o conhecido “planejamento estratégico”. Neste período o foco estava no planejamento tradicional normativo devido a expertise que possuíam em gerir os serviços saúde e sua vinculação técnica (Giovanella, 1990,1991; Chorny et al., 1993).

Para apontar a relevante colaboração que esta escola traz, ilustramos com um exemplo “o custo eficaz de evitar uma morte provocada por algum dano pré-existente”. Aliado aos critérios diretos deveria ser considerado o custo de evitar este dano. Assim, o custo de evitar, por exemplo, a morte por câncer de colo de útero, através da realização do exame citopatológico e tratamento das lesões precursoras encontradas, resultava num custeio inferior do que aquele de evitar morte por câncer de bexiga, que, em geral, envolve exames onerosos como estadiamento, quimioterapia e radioterapia. No processo de eleição de prioridades, quanto maior a magnitude, a vulnerabilidade e a transcendência e menor o custo das intervenções propostas, mais elevada era enquadrada como prioridade de determinado dano. Assim, o papel do planejador era o de encontrar as técnicas mais eficientes para enfrentar as doenças ou problemas de saúde, de acordo com as prioridades determinadas. Esta definição de prioridades, baseada em critérios “objetivos”, dava ao método um certo cientificismo que permitia postular, pelo menos teoricamente, o que seria possível definir prioridades e planejar de forma “racional”, independentemente de quem o fazia. O método CENDES/ OPAS constituiu-se na referência central do planejamento em saúde por quase uma década e muitíssimos profissionais foram formados para implementá-lo (Giovanella, 1990,1991).

O Planejamento tradicional se deparou com alguns limites e foi necessário buscar alternativas para atender as especificidades que o Normativo não contemplava: o componente político. A interface do saber técnico ao considerar outros atores sociais produzia forte confrontação com o próprio processo de planejamento. Enquanto que o mundo real seguia seu curso, as decisões na área de saúde continuavam a ser tomadas com base na vontade dos políticos governantes. Isto perpassa por negociações muitas e não poucas vezes conflitantes, onde as tomadas de decisões no processo de planejamento podem resultar numa grande disputa de posicionamento entre os participantes (Buarque, 2008; Góes et al., 2009).

Um referencial que deu uma nova racionalidade ao planejamento foi o de Igor Ansoff et al (1987), que apesar de não ser participativa, pautou o planejamento no controle financeiro: previsão financeira, planejamento financeiro, planejamento de investimentos, avaliação de projetos, sendo estes elementos superiores à decisão política, considerando benefícios que seriam alcançados pela utilização do método com fundamento de causalidade e variáveis das condições de saúde e as ações com o objetivo de maximizar os resultados e minimizar os recursos necessários para alcançar os objetivos não somente institucionais como também corporativas, de médio e longo prazo.

Em termos históricos, Giovanella (1991) afirmou que no setor de saúde, durante a década de 70, as condições políticas na América Latina eram outras a partir do golpe em 1964 no Brasil, no Chile em 1973, e o advento de regimes autoritários em outros países latino-americanos, necessitando-se a revisão do processo de planejamento e seus determinantes.

Planejamento Estratégico Situacional (PES)

No final da década de 70 e início dos anos 80, decorrente das críticas e fracassos na visão normativa, surge a concepção do planejamento estratégico. Como questão central o papel do planejador enquanto ator social na interface com outros atores, sendo o diagnóstico permeado por cenário de interesses e forças distintas havendo várias explicações para a mesma causa. Mario Testa, através do pensamento estratégico, vincula a relação de poder no contexto da estrutura organizacional a partir da articulação técnico política para materializar o poder social. Carlos Matus formula o planejamento estratégico situacional a partir dos fracassos do processo de planejamento na América Latina com enfoque normativo, com práticas economicista e tecnocrática com forte vinculação política, cuja aplicabilidade destina-se aos governos democráticos com a inserção de vários atores sociais, aumentando a capacidade de governar. Barrenechea e Trujillo Uribe consideram o enfoque operacional no contexto do planejamento em saúde, vinculando a complexidade histórica e multidimensional geográfica, demográfica, epidemiológica, econômica, social, cultural e política e sua inserção no sistema social complexo, fragmentado, incerto e conflitante no qual há grupos homogêneos quanto às condições de vida e suas necessidades (Giovannella, 1991).

Níveis de Planejamento Estratégico Situacional (PES)

O nível estratégico caracteriza-se pelas decisões mais abrangentes de filosofia, diretrizes básicas e objetivos globais da administração. Ocorre nos escalões mais elevados do processo de planejamento, assumindo conotação eminentemente política. É nesse nível que se indica o que deve ser feito, evidenciando o ideal da administração a ser perseguido, baseado nas aspirações, nos desejos e nos valores individuais e íntimos das pessoas e dos sistemas sociais envolvidos e interessados. Neste nível de planejamento, normalmente, não há grande preocupação com a precisão do período em que os objetivos deverão ser atingidos, servindo como indicativo do que se deve perseguir (Rivera, 1995; Rivera, 1996; Sá, 2001).

O nível tático, o segundo da hierarquia do processo decisório, tem como função estabelecer o que pode ser feito, delimitado pelo que deve ser realizado, estabelecido no nível estratégico, condicionado pelo intervalo de tempo e pelas restrições financeiras, organizacionais e tecnológicas (Kurcgant, 2006; Rivera e Artmann, 2012).

O nível operacional é a consecução da análise descrita nos níveis anteriores.

Planejamento Tradicional	Planejamento Estratégico
Determinista (predições certas)	Indeterministas (predições incertas)
Objetivo	Subjetivo (apreciação situacional)
Predição única	Várias apostas em cenários
Plano por setores	Plano por problemas
Certeza	Incertezas e surpresas
Cálculo Técnico	Cálculo tecnopolítico
Os sujeitos são agentes	Os sujeitos são atores
Sistema fechado (metas únicas)	Sistema aberto (várias possibilidades)
Teoria de controle de um sistema	Teoria da participação em um jogo

Figura 1: Comparativo entre planejamento tradicional e estratégico. Fonte: Ludgério, 2015.

Método Altadir de Planificação Popular (MAPP):

O MAPP (Método Altadir de Planificação Popular) constitui-se no método de eleição para planeamento no nível local, particularmente naqueles altamente descentralizados. É simples e criativo, elaborado com o objetivo de viabilizar a planificação, a partir de uma base popular. Favorece o comprometimento da comunidade e de suas lideranças com a análise e enfrentamento de seus problemas, em contraposição à atitude de geradores de demandas e de soluções (Tancredi et al., 1998). Oficinas de trabalho são realizadas para agregar os atores envolvidos, onde todos operam em conjunto, sendo ideal nesse caso em planeamentos de menor densidade político-administrativa.

3. PLANEJAMENTO EM SAÚDE E PENSAMENTOS

O modelo proposto pelo Donabedian (1988) interliga o planejamento com a execução da estratégia e monitoramento dos resultados. A Estrutura ligada a Processos medem Resultados que por sua vez dispõe de novos dados gerados para dar o respaldo lógico para planejamento futuro, estabelecendo prioridades para mudanças com orientação para Resultados. O planejamento estabelece coordenação e integração entre os diferentes setores com fins de detectar, analisar e buscar nos seus processos sistematizados solução e melhorias principalmente para os processos desestruturados e fragmentados. Tudo isto gera aprendizagem, conhecimento e inovação. Uma das principais ferramentas de gestão é a infraestrutura de tecnologia de informação. Contudo, o principal ativo tecnológico para este modelo estrutural e processual para o planejamento estratégico é o humano refletido nas diversas dimensões: seleção correta da prioridade, competitividade, desempenho financeiro, envolvimento técnico, esforço comercial, desempenho tecnológico, disseminação do conhecimento, treinamento, investimento, satisfação do cliente e qualidade (Porter e Teisberg, 2007; Prieto et al., 2009).

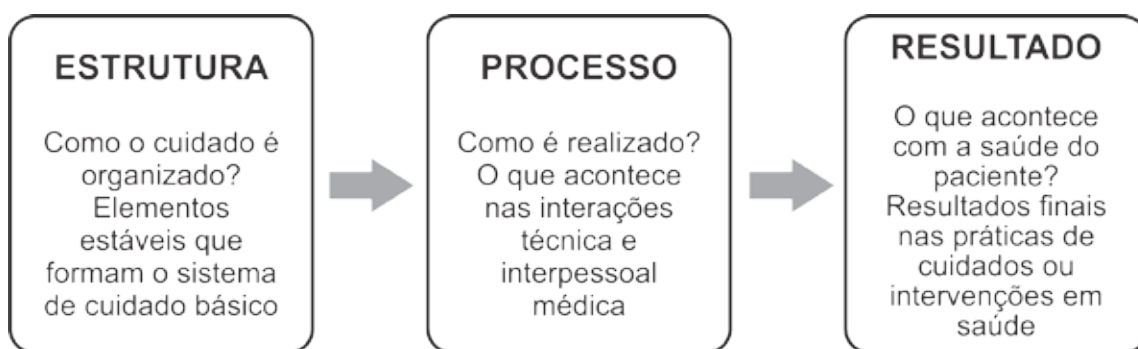


Figura 2: Tríade conceitual dos relacionamentos
Fonte: Donabedian (1966, 1988).

O processo de aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a institucionalização de novos arranjos administrativos de caráter federativo e intergovernamental vêm gradualmente restabelecendo as competências e as responsabilidades dos entes federados no que se refere ao desenvolvimento das ações e serviços de saúde no Brasil. Podemos afirmar que a gestão governamental em saúde possui uma

natureza complexa e um caráter polivalente (ético, político, estratégico, técnico, administrativo), que se conforma a partir da intermediação de interesses distintos e, principalmente, das interações de poder. No caso do SUS, além do desenvolvimento da logística e da tecnologia de regulação baseada nas necessidades prioritárias, vulnerabilidades e riscos, temos necessidade de mediação política e definição de diretrizes e critérios a partir dos espaços de participação e controle social (Brasil, 2014c).

O grande desafio do sistema de saúde em garantir acesso dos cidadãos à rede de atenção à saúde, em tempo oportuno e com qualidade, a partir do reconhecimento da saúde como um dos direitos sociais, ganha centralidade na agenda dos gestores do SUS, com o advento do Decreto nº 7.508/11, representando a possibilidade concreta de construção da atenção integral à saúde. Para isso há a necessidade de responsabilização compartilhada entre os gestores do SUS, de forma solidária e cooperativa, por meio da conjugação de recursos e o compromisso de reduzir desigualdades regionais e promover a equidade social o balanço patrimonial o fluxo de caixa (Brasil, 2014b).

A expectativa do usuário e o interesse na dimensão regional nos dá uma configuração diferenciada às competências municipais e, a partir daí, em diversas fases poderá haver questões operativas, financeiras e administrativas que devem ser objetos de consenso interfederativo, uma vez que as “redes” não são fixas, podendo ser alteradas constantemente, conforme se alterem as condições socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas de uma localidade ou região (Brasil, 2009a, 2009b, 2009 d).

A moderna concepção administrativa e técnica do SUS exigem novos arranjos institucionais, administrativos e culturais para poder se concretizar. Por serem relativamente recentes na administração pública, suas especificidades são incompatíveis com determinados conceitos, que requerem invenções e reinvenções operativas não usuais e, portanto, como qualquer inovação, encontram resistências e passam muito tempo permeados pelo antigo. Uma das concepções da gestão é que o desenvolvimento necessita de sustentabilidade e acessibilidade política e ações organizativas da sociedade participativa, transformando a realidade da sua comunidade (Santos e Andrade, 2007; Buarque, 2008).

Considerando a dimensão política, com todo o exercício da autonomia, dos vários espaços para pensamento reflexivo e criativo, é incontestável o valor agregado que se encontra na medição e comparação das coisas, sejam com resultados ou com objetivos futuros, permitindo que o sistema de saúde seja transparente e preste conta à sociedade de seus êxitos e fracassos. Toda gestão ou tentativa de construção de projeto coletivo não pode ter sua validade e êxito medido apenas pelos critérios rígidos da crença da ordem e do cálculo, mas, sobretudo, considerar o ponto de vista de sua validade ética e social (Sá, 2001; Brasil, 2007a).

As experiências bem-sucedidas de desenvolvimento local (endógeno) decorrem, quase sempre, de um ambiente político e social favorável, expresso por uma mobilização, e, principalmente, de convergência importante dos atores sociais do município ou comunidade em torno de determinadas prioridades e orientações básicas de desenvolvimento. Representa, neste sentido, o resultado de uma vontade conjunta da sociedade que dá sustentação e viabilidade política a iniciativas e ações capazes de organizar as energias e promover a dinamização e transformação da realidade (Castells e Borja, 1996).

O processo de planejamento da saúde deve ser ascendente e integrado, do nível local até o federal, referendado pelos respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros, sendo obrigatório para os entes públicos no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde (Brasil, 2006, 2009c).

4. PLANEJAMENTO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Os parâmetros estabelecidos pela “Constituição Cidadã” são: o acesso universal aos serviços de saúde e educação; equidade, princípio que denuncia toda forma de desigualdade e injustiça; integralidade, isto é, o conjunto da oferta pública articulada, organizada junto à transitoriedade, que é uma resposta articulada de todos os setores em torno da necessidade ou problema; a regionalização, que preconiza um desenvolvimento econômico e social em todas as regiões e territórios, de forma integrada e potencializando sustentavelmente os fatores produtivos, naturais, culturais humanos, locais; e a participação popular, que projeta a imprescindível escuta da sociedade nos destinos do país, para além dos momentos de mobilização eleitoral. Uma concepção de que, numa democracia, o que é público deve convergir com as aspirações de sociedade. Logo, é uma atividade essencialmente política (Rivera, 1996; Sá, 2001; Buarque, 2008).

Embora a administração pública tenha como essência a democracia, os recursos sempre serão limitados e as demandas e desejos sempre maiores. O orçamento não deve se resumir como um instrumento limitador e controlador de gastos, mas como uma forma de olhar as operações e finanças da instituição, antecipando problemas, sinalizando metas e objetivos que necessitam de maior cuidado, contribuindo para a tomada de decisões com vistas ao atendimento da missão e do cumprimento das estratégias. De forma mais concreta, um bom planejamento se faz necessário levando em conta o balanço patrimonial o fluxo de caixa disponível para este fim. E para diminuir esta diferença são aplicadas as leis de repasse dos recursos orçamentários de cada localidade, reguladas pelas entregas em serviços de saúde realizadas, medidas pelas metas e objetivos previamente pactuados. Os planos de custeio devem estar alinhados com a projeção de despesas, sejam elas administrativas, tributárias, financeiras, assim como o plano de investimento e financiamento (Leite et al., 2008).

Podemos destacar que a conformação jurídica do SUS, de acordo com o disposto no art. 198 da Constituição Federal, exige que todas as ações e serviços públicos de saúde, de todos os entes federados, sejam organizados de forma regionalizada e hierarquizada. Dessa forma, essa determinação constitucional impõe ao SUS um modelo diferenciado, que é o da gestão compartilhada, a qual requer que a Administração Pública seja dotada de mecanismos que permitam que entes autônomos possam se organizar de modo a executar uma gestão regionalizada (Brasil, 2009a, 2009b, 2009d).

A Lei Complementar 141, Art. 30, instrui que os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar. § 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos. § 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional. § 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, os quais promoverão a equidade interestadual (Brasil, 2014d).

No desenho da Administração Pública impresso na Constituição federal de 1988, ressaltamos e identificamos a responsabilidade pelo processo de Planejamento ao Poder Executivo em cada esfera, que contribui com diversos documentos que elucidam que caminho deve trilhar, onde se pretende chegar, dentro de um cronograma de prioridades, sendo que todos devem estar conectados aos seus respectivos orçamentos (Brasil, 2009c, 2014a).

5. INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

A fim de contextualizar o leitor quanto aos instrumentos do Planejamento em Saúde, inseridos em cada esfera do poder, descrevemos o quadro abaixo e, em seguida, com as devidas informações:

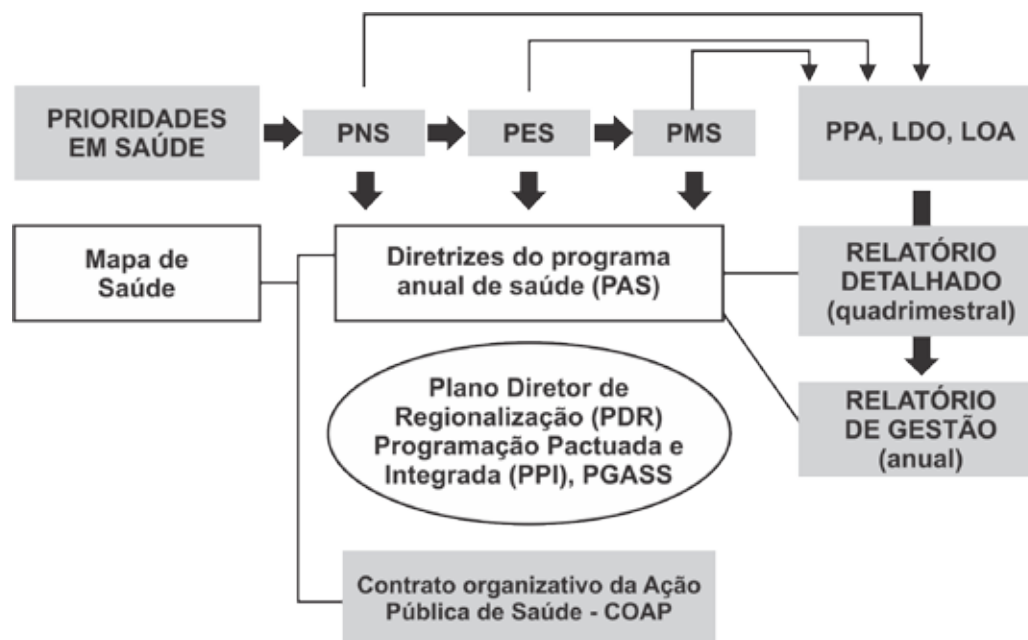


Figura 3: Instrumentos de Planejamento do SUS.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2013.

5.1 PLANO DE SAÚDE

O Plano de Saúde, na figura (PNS – Plano Nacional de Saúde, PES – Plano Estadual de Saúde ou PMS – Plano Municipal de Saúde), é a expressão das políticas e dos compromissos de saúde numa determinada esfera de governo, sendo elaborado no primeiro ano da gestão em curso, com execução a partir do segundo da gestão em curso ao primeiro ano da gestão subsequente. Estes planos, em cada esfera de governo, contemplam as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde e aquelas afetas às especificidades de cada território. O seu conteúdo reflete as necessidades de saúde da população e os componentes de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde (assistência, vigilância em saúde – epidemiológica, sanitária e ambiental – e assistência farmacêutica). O processo de elaboração do Plano de Saúde compreende um momento de identificação das necessidades de saúde e de análise situacional, e um de definição de diretrizes, objetivos e metas para o período de quatro anos. Nesse último, são consideradas: as condições de saúde da população e explicitados os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde; os determinantes e condicionantes de saúde, onde constam as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores (intersetorialidade); e a gestão em saúde, com as respectivas medidas de seu aperfeiçoamento. Os Planos Estaduais de Saúde explicitam ainda a metodologia de alocação de recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais nas CIB (Comissões Intergestores Bipartite) e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde (141 art. 19 § 1º).

**Exemplo: Plano Municipal de Saúde de Bastos/SP:
Objetivos, Metas e ações estratégicas no período 2010 – 2013.**

Eixo Gestão

Objetivos

Aperfeiçoar os mecanismos para qualificar a gestão conforme as diretrizes do SUS, visando a reflexão sobre as questões apresentadas em relação ao eixo Gestão e para uma proposta descentralizadora do SUS co-responsabilidade entre seus atores, ao estabelecimento de relações democráticas nos processos decisórios e à inclusão de outras políticas públicas para construção de redes solidárias, a fim de superar os entraves da cultura da centralidade.

Metas 2010 – 2013	Ações estratégicas
Adequação da estrutura física e quadro funcional da rede municipal de saúde.	Reformas, ampliação e aquisição de equipamentos para as Unidades de Saúde que assim o exigirem.
Implementação da Política de Educação Permanente.	Favorecer, por meio da implementação de rodas de educação permanente em serviço, a produção de novos pactos e acordos coletivos de trabalho no sentido de fortalecer as diretrizes do SUS junto ao NEPER do CGR de Tupã.
Ampliar o número de gestores, trabalhadores e usuários qualificados em planejamento participativo, visto como metodologia para construção coletiva da transformação de práticas de organização dos processos de trabalho;	Organizar estratégias pedagógicas por meio da metodologia ativa a capacitação de apoiadores de educação permanente para a área da gestão;
Melhoria da qualidade da gestão e do acesso aos serviços.	Cadastrar os 100% dos usuários SUS para a emissão do cartão nacional de saúde Manter atualizado o cadastramento dos estabelecimentos de saúde Monitorar os sistemas de informações implantados (SIM, SINASC, SISVAN, SIA, SIH, API, etc...) Construir coletivamente instrumentos de avaliação, controle e auditoria. Implementar as ações de Vigilância Sanitária através do Plano de Vigilância Sanitária.

Figura 4: Exemplo do Plano Municipal de Saúde de Bastos/SP – Objetivos, Metas e Ações, 2010.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Bastos/SP, 2010. Pag. 48; Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão, Ministério da Saúde, 2015.

Link: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=35&cod-TpRel=01> – Seguir sequência da atividade.

5.2. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

A programação Anual de Saúde é um instrumento interligado com o Plano de Saúde, o relatório detalhado quadrimestral e o Relatório Anual da Gestão. As ações, os recursos financeiros e outros elementos que dão consequência prática ao Plano de Saúde são objeto de explicitação de sua Programação Anual de Saúde, onde são detalhadas as ações e serviços, as metas anuais, os indicadores e os recursos orçamentários que operacionalizam o Plano naquele ano específico, constituindo uma ferramenta que deve possibilitar a qualificação das práticas gerenciais do SUS e a resolubilidade da sua gestão (Brasil, 2011b).

A Programação Anual de Saúde tem como propósito subsidiar a construção da Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e da Lei Orçamentária Anual – LOA, além de ser a base de construção do Relatório Anual de Gestão – RAG. Sua elaboração inicia no ano em curso, para execução no ano subsequente, coincidindo com o período definido para o exercício orçamentário e a Lei Orçamentária Anual (Brasil, 2009).

A legislação que regulamenta a Programação Anual da Saúde (PAS) dá orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, orientações acerca da elaboração, aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão – RAG; dispõem sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle de despesas com saúde em três esferas de governo, e revoga dispositivos das leis 8.080/90 e 8.689/93 (Brasil, 2012).

A Programação Anual de Saúde contém, de forma sistematizada, as ações que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; justificando como as ações irão atingir as metas sendo quantificada com prazos, coerente com os objetivos do plano de saúde para cada ação definida; os indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação da Programação; os recursos orçamentários necessários ao seu cumprimento são detalhados por fonte de financiamento e projeções de participação das esferas de governo (Brasil, 2006, 2009c, 2011b).

Na Programação Anual de Saúde é definida a totalidade das ações e serviços de saúde, nos seus componentes de gestão e de atenção à saúde, neste último incluída a promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde, conforme disposto na RENASES e RENAME (Brasil, 2009c).

Objetivo 1.2

Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento a política de atenção básica e da atenção especializada.

Meta 2014	Ação	Indicador	Área responsável	Parceiros
Ampliar o acesso aos serviços terapêuticos e diagnósticos de média complexidade no município de referência.	Discutir em CIR o aumento de teto se necessário, possibilidade de implementação ou ampliação dos serviços de Média complexidade;	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.	Gestão	DRS/SES/MS
Ampliar o acesso às internações de média complexidade.	Levantar a necessidade de internações clínicas/ cirúrgicas e pactuar na CIR as referências e mecanismos de regulação junto ao MS e SES	Razão de internação clínico-cirúrgica de média complexidade e população residente.	Gestão	DRS/SES/MS
Manter 100% atualizados os cadastros das unidades no (CNES) e dados nos Sistemas de Informações instituídos nas três esferas de governo.	Monitorar escalas de serviço e dados CNES, ferramentas de avaliação da produção dos serviços.	Cadastro do CNES e Sistemas de Informações vigentes	Faturamento/ SMS	DRS/MS
Ampliar o acesso à alta complexidade.	Garantir de acordo com a população residente a pactuação da PPI e Central de Regulação o acesso ao número de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade.	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente.	Gestão	DRS/SES/MS
Ampliar o acesso à internação de alta complexidade.	Levantar a necessidade de internações e pactuar na CIR as referências.	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.	Gestão	DRS/SES/MS
Elaboração de Projetos de Cirurgias eletivas, quando disponibilizado pelo MS.	Acompanhar, monitorar e avaliar o cumprimento do teto financeiro pela CIR referente às cirurgias eletivas junto aos prestadores da Região.	Nº de cirurgias programadas X Nº de cirurgias realizadas.	Gestão	DRS/SES/MS
Garantir atendimento as especialidades ofertadas ao CEO/LEPD.	Acompanhar, monitorar e avaliar o cumprimento das metas preconizadas pelo MS.	% de metas atingidas por especialidade.	Coordenação Saúde Bucal	DRS/MS
Origem dos recursos	Por bloco da diretriz 1	Atenção básica/MAC	Assistência	Farmacêutica

Figura 5. Exemplo da Programação Anual de Saúde de Bastos/SP – 2014.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Bastos/SP, 2014 – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão, Ministério da Saúde, 2015.

Link: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=35&cod-TpRel=01> – Seguir sequência da atividade.

Cabem aos conselhos Municipais de Saúde a análise e deliberação do PAS, antes do envio da LDO que tem seu prazo estabelecido até 01 de agosto de cada ano (Brasil, 2012).

5.3 Plano Plurianual (PPA); Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA)

A Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 165, atribui ao Poder Executivo, responsabilidade pelo processo de planejamento e orçamento, a partir da iniciativa dos seguintes instrumentos: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual. Estes devem estar profundamente conectados e declararem não só a entrega de bens e serviços à sociedade dentro de um cronograma anual, mas prever como e por que se devem entregar determinados bens e serviços à população, e que caminho deve trilhar para chegar onde pretende.

Efetivamente, o processo decisório de estabelecimento de diretrizes, objetivos e metas e a elaboração do Plano Plurianual (PPA) devem ser enquadrados no *nível estratégico*, pois é o processo que define o que deve ser feito durante o período governamental, sob a coordenação do órgão central de planejamento, sendo fundamental a participação da alta cúpula da organização das administrações central e setoriais para que as decisões sejam legitimadas e tornem-se viáveis nos demais níveis de planejamento (Brasil, 2007a, 2014a).

A elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA) enquadra-se no *nível tático*, porque é delimitado pelo que *deve* ser feito no período governamental, definem *o que pode ser feito* diante das circunstâncias financeiras e conjunturais do exercício (Brasil, 2007b, 2014a).

O *nível operacional* é desempenhado pela execução orçamentária que define o que *será* realizado no exercício financeiro. O órgão central de orçamento deverá efetuar o acompanhamento da execução orçamentária para adoção das medidas corretivas que se fizerem necessárias ao cumprimento das metas estabelecidas. Terá de realimentar o órgão de planejamento com as informações necessárias à reavaliação e, se for o caso, alteração do Plano Plurianual (PPA) (Brasil, 2007b, 2009c, 2014a).

Resumindo

O PPA (Plano Plurianual), estabelece os objetivos e metas do governo para 4 anos, principalmente para despesas de capital. A LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias), por sua vez, prioriza as metas defendidas no PPA ano a ano e orienta a Lei Orçamentária Anual (LOA), a qual também com vigência de um ano, autoriza a aplicação dos recursos públicos nos itens de despesas previamente orçadas.

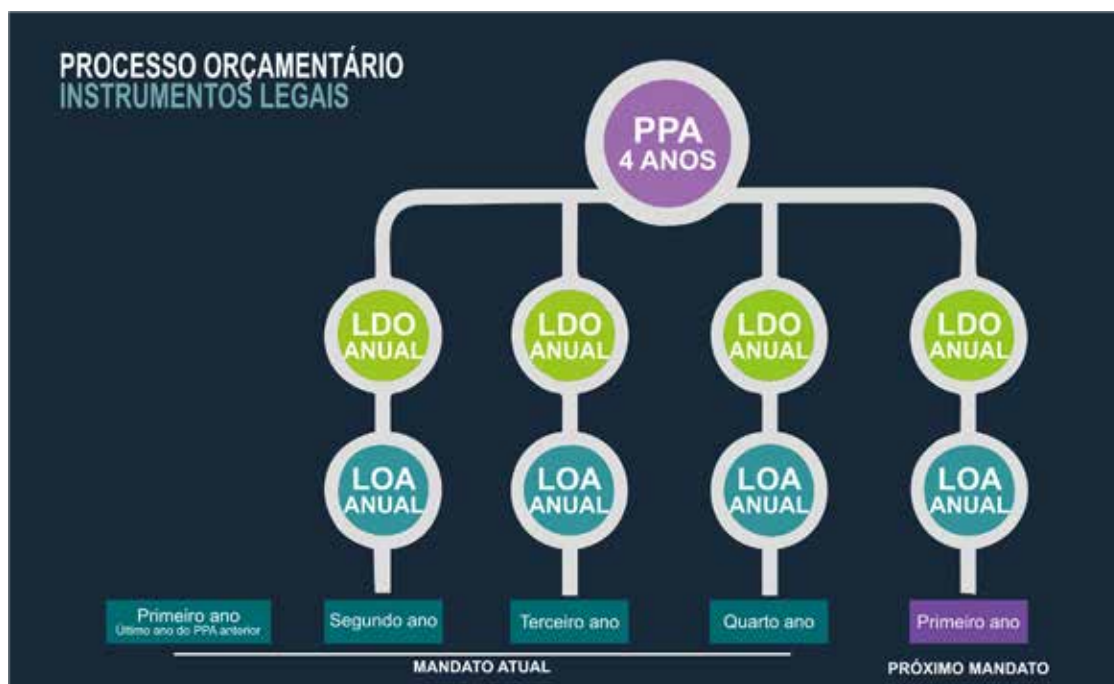


Figura 6: Orçamento Cidadão – Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2015
Fonte: Brasil, 2014a.

Município: xxxxx

Descrição dos indicadores / Metas / Custos dos Programa Governamentais

Programa: 0001 – Saúde Integral e com Qualidade a todos os cidadãos

Ação: Construção de Unidade Saúde

Objetivo: Estruturação e fortalecimento da Atenção Básica por meio de estrutura física das unidades de saúde acolhedora e dentro dos padrões de qualidade que facilite a mudança das prática das equipes.

Justificativa: A estrutura física da Unidade de Saúde existente é inadequada, com dimensões fora do padrão previsto na RDC 50, relativo a arquitetura e ambiência em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.

Órgão Responsável: Secretaria Municipal de Saúde

Figura 7: Exemplo de Instrumento do PPA
Fonte: Adaptado de Mendes, 2008.

Previsão da evolução dos indicadores e metas por exercício				
Metas físicas	Unidade de medida	2015	2016	Total
Construção Unidade de Saúde	%	66	46	100
Indicadores	Unidade de medida	Resultado atual		Resultado Futuro
% Execução da Construção Unidade de Saúde	%	17		100
Metas financeiras	Unidade de medida	2015	2016	Total
Valor total	R\$	326.400,00	81.600,00	408.000,00

Figura 8: Processo Orçamentário: Previsão da evolução dos indicadores e metas por exercício*

Fonte: Adaptado de Mendes, 2008.

Link: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/Gest%C3%A3o-Recursos-SUS.pdf>

*Recurso referente à Portaria nº 340, de 4 de março de 2013, que redefine o componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) porte I.

5.4 RELATÓRIO DETALHADO

O Relatório Detalhado é o instrumento de prestação de contas do gestor do SUS referente a cada quadrimestre, que contém: o montante e fonte dos recursos aplicados no período; as auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; a oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação. O Relatório Detalhado tem modelo o padronizado, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e é de apresentação obrigatória em audiência pública da Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro. Municípios com população inferior a 50.000 (cinquenta mil habitantes) contam com modelo simplificado desse relatório (Brasil, 2007a, 2007b, 2014a).

Exercício:

Acesse o Link abaixo e busque informações sobre o orçamento do seu município

Fonte: Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão, Ministério da Saúde, 2015.

Link: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarMunicipios.action>

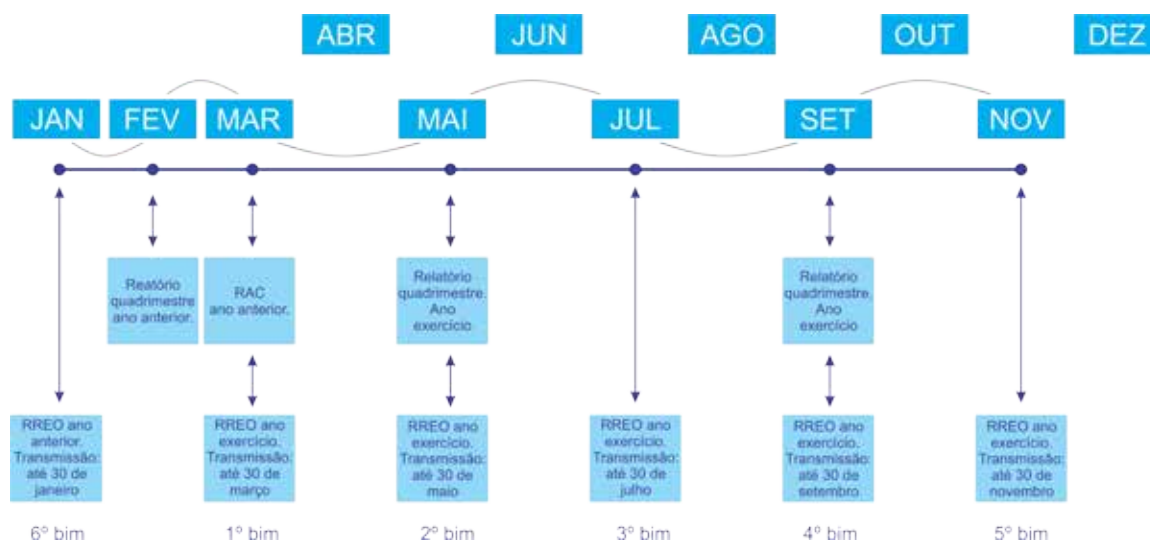


Figura 9: Lei Complementar 141/2012: Linha do Tempo Relatórios

Fonte: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/MS, 2013.

Link: www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=169736

5.5 RELATÓRIO DE GESTÃO

O Relatório de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, apurados com base no conjunto de ações, metas e indicadores desta, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes. Reflete ainda os resultados dos compromissos e responsabilidades assumidos pelo ente federado no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), firmado na região de saúde. Constitui-se no instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Para tanto, o Relatório de Gestão contém: o resultado da apuração dos indicadores da Programação; a análise da execução da programação física, orçamentário-financeira; a análise do cumprimento dos compromissos firmados no COAP (Contrato Organizativo de Ação Pública); e as recomendações julgadas necessárias e que reorientam o Plano de Saúde e as novas Programações (Brasil, 2011a).

O conteúdo do Relatório de Gestão contempla os seguintes elementos constitutivos: as diretrizes, os objetivos e as metas do Plano de Saúde; as ações e metas anuais definidas e alcançadas na Programação Anual de Saúde; os recursos orçamentários previstos e executados; as observações específicas relativas às ações programadas; a análise da execução da Programação Anual de Saúde, a partir das ações, metas e indicadores; e as recomendações para a Programação do ano seguinte e para eventuais ajustes no Plano de Saúde vigente. O Relatório de Gestão deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo até o final do primeiro trimestre do ano subsequente, sendo que compete à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o envio dos seus Relatórios de Gestão aos respectivos Tribunais de Contas, devendo guardá-los pelo prazo estabelecido na legislação em vigor. A elaboração do Relatório de Gestão utiliza o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), cuja alimentação é anual, regular e obrigatória, devendo ser alimentado pela União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios no primeiro trimestre de cada ano. Os respectivos Conselhos de Saúde registrarão no sistema a apreciação do Relatório, cabendo as Comissões Intergestores acompanharem mensalmente, por meio dos relatórios gerenciais do SARGSUS, a situação dos Relatórios de Gestão.

O Relatório de Gestão é instrumento utilizado nas ações de auditoria e controle do sistema, devendo estar disponível, sempre que necessário, para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria. Ao final do período de vigência do Plano de Saúde, é importante que seja feita a sua avaliação, retratando os resultados alcançados, de modo a subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios. Os RG configuram-se insumos privilegiados para essa avaliação que, além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, envolve a análise do processo geral de desenvolvimento do Plano, registrando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as medidas que devem ser implementadas ou reordenadas para que se garanta a transformação da realidade sanitária no território (Brasil, 2007a, 2007b, 2014a).

DIRETRIZ 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.					
OBJETIVO 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.					
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
1	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	100,00	100,00	%
2	U	Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)	24,00	25,16	%
3	U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa-família	80,00	67,40	%
4	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes básica de saúde bucal	76,75	84,99	%
5	U	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	4,95	4,91	%
6	E	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	3,00	0,16	%
7	E	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	2,12	2,69	/100
8	E	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente	8,75	8,46	/100
9	E	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente	6,96	5,86	/100
10	E	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente	3,97	4,39	/1000
11	E	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado	N/A		%

Análise e considerações da diretriz
Em relação aos resultados dos indicadores alcançados na DIRETRIZ 1, dos 10 indicadores pactuados, 50% tiveram suas metas atingidas, e os demais 50% ficaram bem próximos das metas. Cabendo ao município avaliar os indicadores e propor as estratégias para atenção básica e para a especializada levar a discussão para âmbito regional (CIR).

Figura 10: Exemplo de Diretriz, Objetivo, Meta e Indicador de Saúde

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Bastos/SP, 2014; Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão, Ministério da Saúde, 2015.

Link: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=35&cod-TpRel=01> – Seguir sequência da atividade.

5.6 PROGRAMAÇÃO GERAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) é um processo de negociação e pactuação entre os gestores em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional, a fim de contemplar os objetivos e metas estabelecidos no Planejamento Integrado da Saúde, bem como os fluxos de referência para sua execução. Abrange as ações de assistência à saúde, de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica, constantes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES e Relação Nacional de Medicamentos Especiais – RENAME. A partir desse processo ocorre a identificação e priorização de investimentos necessários para a conformação da Rede de Atenção à Saúde. A elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde deve ocorrer nas regiões de saúde, sendo necessária a harmonização dos compromissos e metas regionais no âmbito do Estado, em um processo coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite. Assim, a PGASS desenvolvida no âmbito das regiões e integrada em âmbito estadual contribui para a conformação e organização da rede de atenção à saúde (Brasil, 2007a, 2009c, 2014b)

Quadro 1. Diferenças entre PGASS e PPI

Pressuposto do Planejamento	Por ente federado	Inclui o âmbito regional
Estimativa de necessidades	Realizada durante a programação	Etapa prévia à programação (etapa 2, modelagem das redes/ações temáticas e estratégicas)
Escopo	Assistência à Saúde	Vigilância à Saúde, Assistência à Saúde e Assistência Farmacêutica
Aberturas programáticas	Tabela de procedimentos	Aberturas programáticas e agrupamentos de procedimentos
Agregação	Flexível, muito desagregada	Possibilidade de flexibilização porém maior agregação
Parâmetros	Baseados na portaria n.1001/2002 ou produção	Novos parâmetros assistenciais com metodologia baseada em cenários e evidência internacionais
Programação dos estabelecimentos de saúde	Programação se esgota no município	Programação físico orçamentária dos estabelecimentos de saúde
Limite financeiro	Contingencia a programação	Resultado final da programação física

Fonte: Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC/MS, 2014.

Link: http://portalpsi.com.br/wp-content/uploads/2015/05/Apresentacao_TBL_Politica_Nacional_.pdf

5.7 Plano Diretor de Regionalização (PDR)

O Plano Diretor de Regionalização deve ser elaborado pelas Secretarias Estaduais de Saúde, com a participação das Secretarias Municipais de Saúde, em uma perspectiva de territorialização, garantindo o acesso e a integração dos municípios nas regiões de saúde do Estado.

A regionalização deve ser pensada de forma a garantir que a população tenha suas necessidades de saúde atendidas o mais próximo possível. Dessa forma, no Plano Diretor de Regionalização deve-se procurar racionalizar os fluxos intermunicipais de usuários do SUS, estabelecendo claramente os municípios que receberão os usuários referenciados de outras localidades. O Plano Diretor de Regionalização prevê a divisão dos Estados em Módulos e Microrregiões ou Regiões de Saúde, de acordo com as características de cada Estado (Brasil, 2002).

Assim, por envolver relações e pactos intergestores, a proposta do Plano Diretor de Regionalização apresentada pela Secretaria Estadual de Saúde, deve ser profundamente discutida, nos Colegiados de Gestão Regional, no Conselho Estadual de Saúde e nos Conselhos Municipais de Saúde. Cada gestor deve estar ciente e de acordo com o papel proposto para o seu município no Plano Diretor de Regionalização. Os pactos são necessários também para que os municípios Sede de Módulos e os municípios pólos de Microrregiões possam receber os recursos referentes aos usuários referenciados por outros municípios (Brasil, 2002).

5.8 Pactuação Pactuada e Integrada (PPI):

O processo de elaboração da programação pactuada entre gestores e integrada entre esferas de governo deve respeitar a autonomia de cada gestor. O Estado tem a responsabilidade de coordenar todo o processo, iniciando pela definição das diretrizes, parâmetros e demais critérios de distribuição dos recursos. Essas definições deverão ser fruto de negociação com os COSEMS estaduais e aprovados no Conselho Estadual de Saúde. O município elabora sua própria programação, aprovando-a no Conselho Municipal de Saúde. O Estado harmoniza e compatibiliza as programações municipais, garantindo o acesso dos usuários aos diversos níveis de complexidade da atenção e aprova os produtos finais nos Colegiados de Gestão Regional. Todas as pactuações entre os gestores municipais devem manter coerência com os conteúdos do Plano Diretor de Regionalização e demais instrumentos de planejamento (Brasil, 2002).

5.9 Mapa da Saúde

O Mapa da Saúde é a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS (próprio e privado complementar) e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. No processo de planejamento, o Mapa da Saúde é uma ferramenta que auxilia a identificação das necessidades de saúde da população, nas dimensões referentes às condições de vida e acesso aos serviços e ações de saúde. Fornece elementos para a definição de diretrizes a serem implementadas pelos gestores, contribuindo para a tomada de decisão quanto à implementação e adequação das ações e dos serviços de saúde. Dessa forma, o Mapa da Saúde orienta o planejamento integrado dos entes federativos, subsidia o estabelecimento de metas de saúde a serem moni-

toradas pelos gestores e acompanhadas pelos Conselhos de Saúde e permite acompanhar a evolução do acesso da população aos serviços de saúde nas diversas regiões de saúde e os resultados produzidos pelo sistema. As informações que constituem o Mapa da Saúde devem possibilitar aos gestores do SUS o entendimento de questões estratégicas para o planejamento das ações e serviços de saúde, contemplando, dentre outros, o georreferenciamento de informações afetas aos seguintes temas: Estrutura do Sistema de Saúde: a. Capacidade instalada existente pública (própria e privada complementar) e privada, evidenciando os estabelecimentos de saúde, serviços, equipamentos e profissionais; b. Oferta e cobertura de ações e serviços de saúde mediante uso de indicadores construídos a partir de parâmetros reconhecidos e da produção das ações e serviços de saúde prestados, quando não existir parâmetros definidos; Redes de atenção à saúde: contempla indicadores ou marcadores que permitam evidenciar a atenção básica como ordenadora da rede de atenção à saúde, além de indicadores afetos à implementação das redes prioritárias para o sistema: rede materno-infantil, a rede de atenção às urgências, a rede de atenção psicossocial, além de outras que venham a ser conformadas e identificadas como prioridade; Condições socio sanitárias: evidenciada por meio de indicadores de nascimento, mortalidade, morbidade, dados socioeconômicos e demográficos e sistematiza também informações sobre a situação de saúde de grupos populacionais de maior vulnerabilidade, bem como informações relativas aos determinantes sociais da saúde; Fluxos de acesso: evidenciando o caminho e distância percorridos pelos usuários, constituindo os fluxos assistenciais, mediante a apuração de residência e ocorrência de eventos; Recursos financeiros: identifica os recursos de investimentos e custeio para o financiamento do sistema; Gestão do trabalho e da educação na saúde: identifica a quantidade de trabalhadores de acordo com os serviços e redes temáticas; condições de trabalho, contemplando: jornada média de trabalho, jornada média de trabalho segundo quantidade de vínculos de trabalho, número médio e tipo de vínculos de trabalho e indicadores de saúde do trabalhador; formação e qualificação profissional e características dos centros formadores; Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em saúde: apresenta a distribuição das instituições e suas capacidades e especialidades técnicas, públicas e privadas, de pesquisa, produção e inovação em saúde; Gestão: evidencia indicadores relativos aos processos de regionalização, planejamento, regulação, participação e controle social, bem como informações afetas às pesquisas de satisfação dos usuários do SUS e o resultado do Índice de Desempenho do SUS – IDSUS.

A construção do Mapa da Saúde é parte integrante do processo de planejamento e inicia com a representação geográfica da situação sanitária, construída a partir de critérios epidemiológicos, demográficos, sociais, de gestão e de estrutura do sistema, na perspectiva de auxiliar o processo de identificação das necessidades de saúde da população e de análise situacional. Nesse momento, é demonstrada a realidade de saúde e indicadas às metas que precisam ser cumpridas diante de lacunas, excessos ou reordenamento de equipamentos, serviços, profissionais, dentre outros, expressos no Contrato Organizativo de Ação Pública (Brasil, 2011a).

– O QUE É?

O Mapa da Saúde é uma ferramenta instituída pelo Ministério da Saúde, pelo Decreto nº 7.508, de junho de 2011. Constitui-se de mapas com informações de vários indicadores em saúde, além de descreverem a distribuição dos recursos humanos, das ações e dos serviços de saúde ofertados pelo SUS, rede conveniada e pela iniciativa privada no Estado de Goiás.

– QUAL O SEU OBJETIVO?

Seu objetivo é facilitar o acesso à informação em saúde, ao auxiliar na obtenção, leitura, monitoramento e análise das informações. Estas permitem aos gestores do SUS e profissionais de saúde, a avaliação, o planejamento e a execução de ações e serviços em saúde, e à população, o entendimento das ações adotadas.

– QUEM FAZ?

Desenvolvido pela Assessoria de Informação em Saúde em parceria com as demais Superintendências da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

– COMO ACESSAR?

Pelo site: www.saude.go.gov.br/mapadasaude

Como veremos, o mapa é apresentado em 03 (três) cores – padrão de análise, a saber:

VERDE – dados positivos ou satisfatórios;

AMARELO – condição intermediária (pode ser melhorada);

VERMELHO – dados negativos ou insatisfatórios.

– QUAIS AS INFORMAÇÕES DISPONÍVEIS?

São informações como Estrutura do Sistema de Saúde (capacidade instalada / oferta e cobertura); Redes de Atenção Prioritárias; Condições Socio sanitárias (morbidade / mortalidade / dados sócio-econômicos).

Figura 11. O mapa de Saúde do Estado de Goiás, 2015.

Fonte: Governo de Goiás, 2015a.

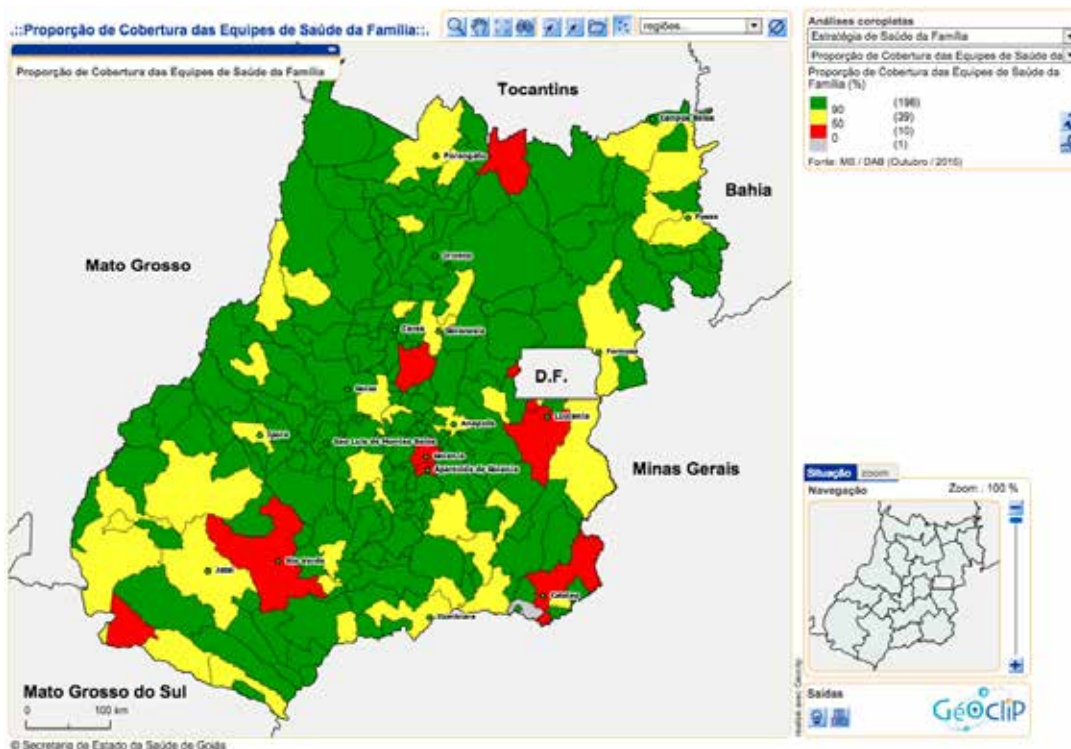


Figura 12: Ilustração do Mapa de Saúde – Cobertura da Atenção Básica – Estado de Goiás, 2015.

Fonte: Governo de Goiás, 2015a.

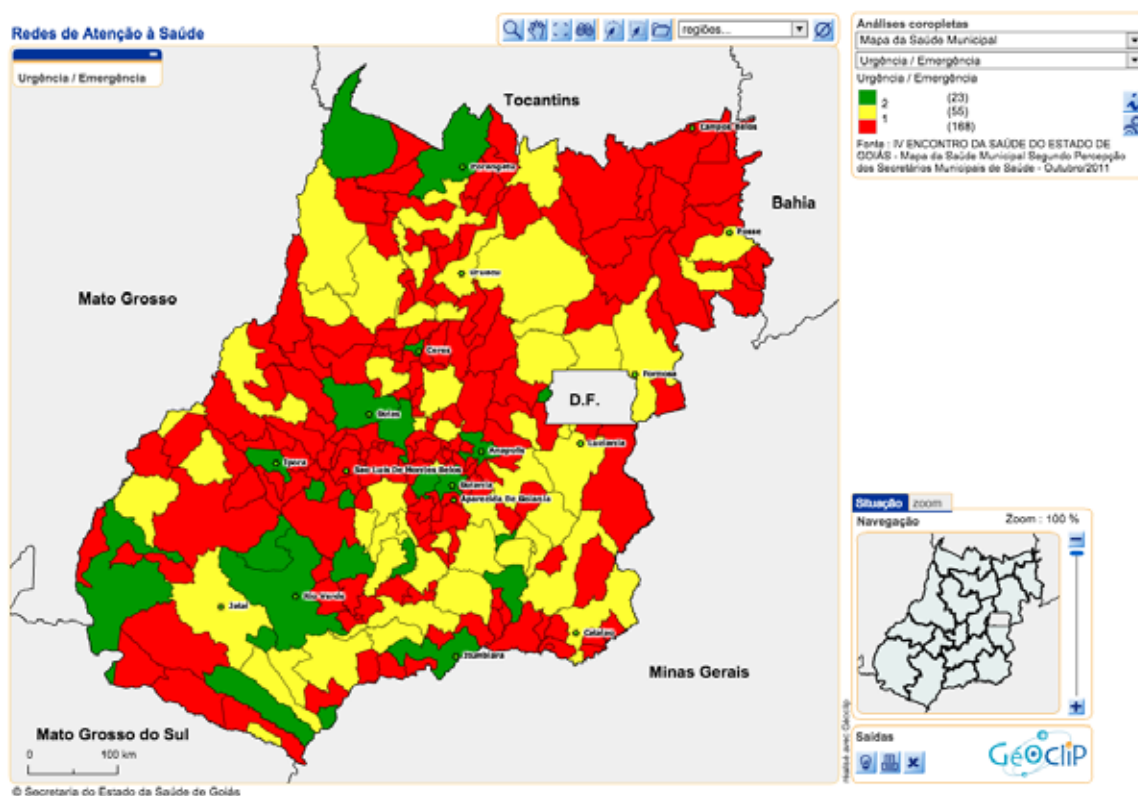


Figura 13: Ilustração do Mapa de Saúde – Rede de Urgência e Emergência – Estado de Goiás, 2015.
Fonte: Governo de Goiás, 2015b.

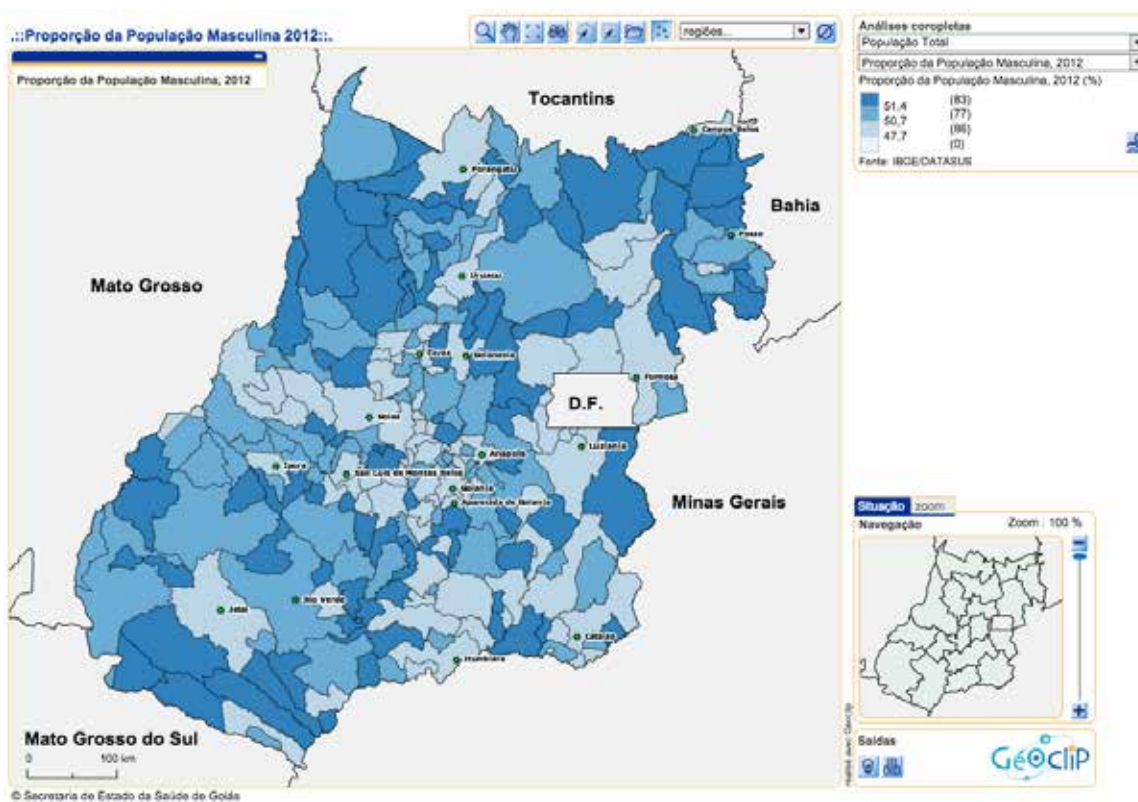


Figura 14. Distribuição da população masculina do estado de Goiás, 2015.
Fonte: Governo de Goiás, 2015c.

5.10 Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)

O COAP é um acordo de colaboração firmado entre os três entes federativos, no âmbito de uma Região de Saúde, com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde da população no território. A garantia da integralidade não pode ser efetiva se assumida por apenas um dos entes. Assim, é preciso que seja organizada por Região de Saúde com Gestão compartilhada e que os entes municipais, juntamente com o Estado e a União, possam conjugar esforços para alcançar objetivos comuns em relação ao cidadão (Brasil, 2011a).

O princípio da solidariedade que informa o Decreto 7.508 de 28/06/2011, definindo o contrato como a partilha da responsabilidade, entre os entes Signatários, pela integralidade da assistência à saúde do cidadão, ante a impossibilidade de um ente em prestar determinadas ações e serviços de saúde ao seu cidadão e o direito em referenciá-lo a outros serviços da Região de Saúde ou entre Regiões de Saúde.

Vale salientar que as adesões a esta forma de contrato ainda estão muito incipientes, onde até esta data (2015), apenas os Estados do Ceará e Mato Grosso do Sul fizeram a adesão ao COAP e, apesar de não termos trabalhos ainda a respeito desse tema, acreditamos, por experiência, que o entrave principal se deve ao compromisso que a gestão assume juridicamente através de um contrato de assistência integral à saúde, sem previsibilidade de um aporte financeiro adicional. Como garantir a assistência se as próprias pactuações entre os municípios (PPI) são caixinhas ainda sem delimitações claras de responsabilidades? Dessa forma, parece-nos importante uma maior reflexão sobre o financiamento e co-responsabilidades interfederativas.

6. EXPERIÊNCIA EM PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE

Relato de execução de planejamento e programação no município de Várzea Paulista no período de 2006 a 2009.

Em 2006, com a publicação das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, que instituiu a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde em cinco blocos de financiamento (Gestão, Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde), a equipe gestora da Secretaria de Saúde de Várzea Paulista sentiu a necessidade de reorganizar seu Fundo Municipal de Saúde para sua operacionalização de acordo com a nova proposta, integrando o planejamento da Secretaria de Saúde (Plano Municipal de Saúde, Relatórios de Gestão e Programações Anuais, de acordo com a normatização do PlanejaSUS) à execução financeira e à legislação orçamentária (Tofani et al., 2009).

Em 2007, a saúde passava por um momento de reorganização estratégica do SUS, com novo cenário orçamentário e financeiro onde exige dos municípios a vinculação dos componentes com as novas diretrizes operacionais da gestão e elaboração do Plano de Saúde. O relato de Tofani et al. (2009) não se trata de uma elaboração de um planejamento formal, mas a capacidade de elaborar uma estratégia adequada integrando às ações necessárias para atingir sucesso na concretização do planejado. Nesse período, o país passava por uma transição com novas diretrizes governamentais e alguns gestores passaram a elaborar um Plano de Saúde vinculando-o às novas diretrizes, garantindo os recursos orçamentários com adequação e alteração do Plano Plurianual (PPA), Lei Orçamentaria e todos os planos de trabalho com suas respectivas despesas. Os autores estabeleceram o planejamento participativo na dimensão das demandas percebidas pelos atores sociais, com prioridades quantificadas e vinculadas ao custeio das ações e serviços de saúde para execução em 2008.

A reestruturação do Fundo Municipal de Saúde de Várzea Paulista em cinco blocos de financiamento, de acordo com o Pacto pela Saúde, propiciou maior interface entre o planejamento e a gestão estratégica, com previsão, programação, monitoramento e execução orçamentário-financeira compatibilizada com as diretrizes e metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e nas Programações Anuais para 2007 e 2008, instituindo-se compatibilidade e coerência entre os instrumentos do PlanejaSUS e a Legislação Orçamentária Municipal.

A inovação na prática dos autores foi, além de integrar todos os sistemas de organização das receitas do repasse do governo com modelos de financiamento por blocos, organizar o Plano de Saúde e executá-lo, alinhadas às estratégias estabelecidas em programação das ações cotidianas (Tofani et al., 2009).

Relato de experiência em Planejamento na Secretaria do Estado da Bahia a partir da Matriz SWOT.

A análise SWOT é a comumente ferramenta de análise de cenário, utilizada como pilar de sustentação da gestão no planejamento estratégico. A sigla advém do inglês S (Strenght- Força), W (Weakness- Fraqueza), O (Opportunity) e T (Threat- Ameaças) (Mascarenhas Ribeiro, 2006).

Esta ferramenta promove um cenário interno e externo, com o objetivo de compilar tudo em uma matriz e assim facilitar a visualização das características que fazer parte da sigla. Ambiente externo da organização é constituído pelas condições fora do seu âmbito de controle que podem afetar seus resultados, positiva ou negativamente. O ambiente interno de cada organização é definido pelo conjunto das suas características internas específicas que condicionam o seu desempenho e podem afetas os seus resultados institucionais. As declarações estratégicas correspondem a um conjunto de definições quanto às características, ao futuro desejado e aos valores que as organizações devem gerar para a sociedade e os cidadãos: Missão, Visão, Valores e Princípios, Objetivos Estratégicos (Bastos, 2015).

A análise SWOT promove um cenário diagnóstico situacional interno e externo, com o objetivo de compilar tudo em uma matriz, facilitando a visualização das características que auxiliam na visualização da análise inicial do planejamento estratégico A análise acontece em dois ambientes: externo e interno. O externo, oportunidades e ameaças, é constituído pelas condições que ficam fora do seu âmbito de controle, mas que podem afetar os resultados de forma positiva ou negativa. O interno, forças e fraquezas, é constituído pelas condições internas à organização que condicionam o seu desempenho e, portanto afetam nos resultados. As oportunidades e as forças devem ser aproveitadas e, as ameaças devem ser evitadas e as fraquezas, reduzidas ou eliminadas (Bastos, 2015).



Figura 15: Uma análise da Matriz SWOT. Fonte: Santana et al., 2009 (adaptado)

Um exemplo de utilização da matriz, não somente para análise situacional, como também na execução, apresenta-se no planejamento da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil, para o período 2007/2009. Identificaram-se fortalezas, oportunidades, fragilidades e ameaças do ponto da dimensão política com variáveis: negociação, articulação política e liderança. Para isto utilizou-se dos critérios para análise da capacidade de mobilização e articulação intra e interinstitucional, tanto coletiva como individuais, inclusive equipes de trabalho, considerando a governabilidade interna para a realização dos objetivos e missão assumida pelo Estado no setor saúde. No setor técnico verificou-se a capacidade de realização e elaboração de critérios para análise: competência/capacidade de pessoas e equipes de trabalho na operacionalização das suas atividades, manejo das informações e construir conhecimento. No setor administrativo verificou-se a capacidade de organizar, gerir infraestrutura e processos de trabalho, analisando os métodos a organização dos processos de trabalho com o manejo da infraestrutura (recursos materiais, humanos e tecnológicos). Pelo fato da Secretaria Estadual de Saúde de se ter apropriado deste instrumento de análise e gestão, foi possível colher resultados, que apesar dos limites identificados, apontaram para uma legitimação progressiva do processo e um dado crescimento institucional e revelaram a importância da utilização de ferramentas de análise estratégica para nortear processos de planejamento e avaliação em sistemas governamentais de saúde (Santana et al., 2009).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Três fatores são cruciais na gestão, o planejamento, execução e monitoramento.

Todos estes elementos refletem diretamente na relação custo saúde-doença. Desta forma, a economia passa a ser o ponto crítico na saúde e, portanto, na prestação de serviços ao mesmo. A baixa resolutividade pode onerar exponencialmente os gastos em saúde, principalmente quando se pensa no progressivo aumento de sobrevida humana. Se não há racionalidade no controle efetivo dos resultados, como tornar o sistema de saúde sustentável? Fazer política pública não é mesmo que operar dentro da informalidade ou da subjetividade qualquer. Planejamento, execução e monitoramento, mesmo vinculados a uma estrutura sistematizada de eficácia e eficiência, estarão à mercê da sociedade dominante que sempre disputam por exercer influência ou poder sobre o futuro, até mesmo sobre a saúde dos alheios. E tendo estes pontos em mente, deve-se pensar no estratégico, buscando acima de tudo, a concretização dos objetivos, transformar objetivos em resultados. Estes resultados devem ser monitorados e medidos, mas não com foco no presente momento, mas alinhadas as diretrizes estratégicas do futuro. Assim, o presente ou a ação tática de curto prazo busca a maximização de resultados com desdobramentos e impactos em médio prazo, aumentando a chance de se obter um futuro desejado. Devido as grandes oscilações e instabilidades no cenário macro político-econômico mundial, as instituições devem cada vez mais buscar equilíbrio na sua gestão para não comprometer sua própria sustentabilidade. Para isto, sua forma de gestão deve estar cada vez mais alicerçada nos critérios racionais e objetivos, tendo os dados e processos integrados, permitindo definir e permitir maior controle.

REFERÊNCIAS

- Ansoff HI, Declerk RP, Hayes, RL. Do planejamento estratégico à administração estratégica. São Paulo: Atlas, 1987.
- Bastos M. Análise SWOT (matriz): conceito e aplicação [acesso 2015 maio 20]. Disponível em: <http://www.portal-administracao.com/2014/01/analise-swot-conceito-e-aplicacao.html>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde SUS: instrumentos de gestão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 48p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Organização e funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 52p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao_funcionamento_sistema_planejamento_sus.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS (uma construção coletiva): estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a. 114p. Disponível em: <http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/PlanejaSUS-3.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva. Avaliação do desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde – 2004-2007: um pacto pela saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b. 72p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v4.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a. 46p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS (uma construção coletiva): instrumentos básicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b. 56p. Disponível em: <http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/PlanejaSUS-2.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS (uma construção coletiva): orientações gerais para elaboração de instrumentos de planejamento. Programação anual de saúde e relatório anual de gestão: estrutura e conteúdo. Brasília: Ministério da Saúde; 2009c. 32p. Disponível em: <http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/PlanejaSUS-2.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (Planeja SUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde; 2009d. 318p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planeja-SUS_livro_1a6.pdf.
- Brasil. Decreto nº 7.508, 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 União. 2011a jun 29. Disponível em: http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/nt_25%20_201_decreto_7508.pdf.
- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Manual técnico de orçamento MTO. Versão 2012. Brasília: Ministério do Planejamento; 2011b. 167p. Disponí-

- vel em: http://www.orcamentofederal.gov.br/informacoes-orcamentarias/manual-tecnico/MTO_2012.pdf.
- Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 [acesso 2015 mar 18]. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis números 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 2012 jan 16. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do Apoio Integrado para Qualificação da Gestão e Atenção no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b. <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/10/Diretrizes-do-Apoio-Integrado-MS-SGEP-jan-2014.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015. Orientações para o processo de Pactuação. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015.pdf.
- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2015. Brasília: Ministério do Planejamento; 2014a. 60p. Disponível em: http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamento-cidadao/ofat/revista_ofat_2014_web.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Principais marcos normativos da gestão Interfederativa do SUS: 1ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde; 2014b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principais_marcos_normativos_gestao_tomo2.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Guia para a elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública: construindo o COAP passo a passo / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_coap_construindo_passo.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Principais marcos normativos da gestão Interfederativa do SUS: 1ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde; 2014d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principais_marcos_normativos_gestao_tomo2.pdf.
- Buarque SC. Construindo o desenvolvimento local sustentável. 4. ed. Rio de Janeiro: Garamond; 2008.
- Castells M, Borja J.. As Cidades como Atores Políticos. Novos Estudos. São Paulo: CEBRAP, n.45; 1996.
- Chorny AH, Kuschmir R, Taveira M. Planejamento e programação em saúde. Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde: Escola Nacional de Saúde Pública / ENSP, 2008.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966; 44(3 Suppl): 166-206.
- Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260(12): 1743-8.
- Giovanella, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cad. Saúde Pública*, vol.6, no.2, 1990.
- Giovanella L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 7(1):26, 1991.
- Góes PSA, Figueiredo N, Rocha RACP. Aspectos teóricos e metodológicos da avaliação de serviços e programas em saúde bucal. In: Pereira AC, organizador. *Tratado de saúde coletiva em odontologia*. Nova Odessa: Napoleão; 2009. p.395-412.

- Governo de Goiás. Secretaria de Estado da Saúde [acesso 2015a maio 10]. Disponível em: http://www.saude.go.gov.br/templates/superintendencia/splangeo/mapa_saude/redes_atencao_saude/Atencao_Basica/gc5200mrl.htm.
- Governo de Goiás. Secretaria de Estado da Saúde [acesso 2015b maio 10]. Disponível em: http://www.saude.go.gov.br/templates/superintendencia/splangeo/mapa_saude/redes_atencao_saude/Urgencia_Emergencia/gc5200mrl.htm.
- Governo de Goiás. Secretaria de Estado da Saúde [acesso 2015c maio 10]. Disponível em: http://www.saude.go.gov.br/templates/superintendencia/splangeo/mapa_saude/mapa-saude.php.
- Kurcgant P, Ciampone MHT, Melleiro MM. O planejamento nas organizações de saúde: análise da visão sistêmica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006; 27(3): 351-5.
- Leite ML, Cherobim APMS, Silva HF, Bufrem LS. Orçamento empresarial: levantamento da produção científica no período de 1995 a 2006. *Rev Cont Fin USP.* 2008; 19(47): 56-72.
- Ludgério E. Planejamento estratégico situacional – PES [acesso 2015 maio 20]. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABdnsAH/planejamento-estrategico-situacional-pes>.
- Mascarenhas Ribeiro MP. Planejamento por cenários: uma ferramenta para a era do conhecimento. *Revista Intersaberes* | vol.1 n. 1, p. 186 – 202 | jan-jun 2006 | ISSN 1809-7286. Disponível em: <http://www.uninter.com/intersaberes/index.php/revista/article/view/93/67>.
- Matus C. Carlos Matus e o planejamento estratégico situacional. In: Rivera FJU, organizador. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez; 1989. p.105-49.
- Matus C. *Estratégias políticas: chimpanzé, Maquiavel e Gandhi*. São Paulo: FUNDAP; 1996. 294p.
- Porter, ME, Teisberg EO. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman, 2007.
- Prefeitura Municipal de Bastos, Secretaria Municipal de Saúde: *Plano Municipal de Saúde 2010-2013*. Bastos, 2009.
- Prieto VC, de Carvalho MM, Fischmann AA. Análise comparativa de modelos de alinhamento estratégico. *Produção.* 2009;19(2):317-331.
- Rivera FJU. *Agir comunicativo e planejamento social – uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995. 213p.
- Rivera FJU. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. *Cad Saúde Pública.* 1996; 12(3): 357-72.
- Rivera FJU, Artmann E. *Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012. 162p.
- Sá C. Subjetividade e projetos coletivos: mal estar e governabilidade nas organizações. *Ciê Saúde Colet.* 2001; 6(1): 151-64.
- Santana SF, de Jesus WLA, Assis MMA. *Planejamento em saúde na Secretaria Do Estado da Bahia (SE-SAB), Brasil: uma análise de SWOT*. http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion_V/sesion28/02-09_sesion28_1-pt.pdf. Acessado em 28 de agosto de 2015.
- Santos L, Andrade LOM. *SUS: O espaço da gestão inovadora e dos consensos interfederativos. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros*. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.
- Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=35&codTpRel=01>
- Tancredi FB, Lopez Barrios SR, Ferreira JHG. *Planejamento em saúde*. São Paulo: FSP/USP; 1998. 61p.
- Tofani LFN, Carpintero MCC, Bruno VR. O pacto pela saúde e o fundo municipal de saúde de Várzea Paulista. *Saúde Soc.* 2009; 18(Supl 1): 22-5.

- Travassos C, Viacava F, Laguardia J. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2008 May [cited 2015 Aug 28] ; 11(Suppl 1): 98-112. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000500010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500010>.
- Zucchi P, Del Nero C, Malik AM. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde Soc.* 2000; 9(1/2): 127-50.

CAPÍTULO 6 – TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Autores:

Flávia Maschietto

Mestranda em Saúde Coletiva pela FOP-Unicamp

Especialista em Gestão da clínica nas redes de atenção à saúde e em Gestão Pública em saúde coletiva

Coordenadora da Assistência Farmacêutica no município de Holambra-SP e Farmacêutica assistencial no município de Santo Antônio de Posse-SP

Lívia Fernandes Probst

Mestranda em Saúde Coletiva pela FOP-Unicamp

Especialista em Saúde Coletiva e em Atenção Primária à Saúde

Cirurgiã-dentista na Prefeitura Municipal de Saúde de Vitória-ES

Patrícia Xavier da Costa Nobre

Mestranda em Saúde Coletiva pela FOP-Unicamp

Especialista em Saúde Coletiva, em Odontopediatria e em Ortopedia Funcional dos Maxilares

Cirurgiã-dentista na Prefeitura Municipal de Saúde de Cuiabá-MT

Antonio Carlos Pereira

Mestre e Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP; Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP.

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos

Pretendemos nesse capítulo aproximar o leitor do tema das tecnologias em saúde. Sem a pretensão de esgotar o assunto, contextualizamos as diversas tecnologias e suas aplicações práticas por profissionais e gestores do sistema, com o intuito de suscitar no leitor o interesse pelo assunto com a intenção de levá-lo à busca por mais conhecimento na literatura disponível.

Conteúdo Programático

- Considerações iniciais
- As tecnologias leves em saúde
- As tecnologias leve-duras em saúde
- As tecnologias duras em saúde
- Avaliação das tecnologias em saúde
- Considerações finais

Leitura Obrigatória

Barra DCC, Nascimento ERP, Martins JJ, Albuquerque GL, Erdmann AL. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. *Rev Eletron Enferm.* 2006; 8(3): 422-30.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512p.

Prado CCL. A produção de conhecimento em economia da saúde e seu uso na tomada de decisão. RAH-IS [internet] 2015; [acesso 2015 jun 1] 12(1). Disponível em: <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/issue/view/216>.

Leitura complementar

Cecilio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface Comun Saúde Educ* [internet] 2009; [acesso 2015 jun 1] 13(Suppl 1): 545-55. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500007&script=sci_arttext.

Soárez PC, Soares MO, Novaes HMD. Modelos de decisão para avaliações econômicas de tecnologias em saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2014; 19(10): 4209-22.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

De uma forma muito simples e genérica, a expressão tecnologia pode ser definida como conhecimento aplicado. No caso da saúde, ela é o conhecimento aplicado que permite a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças, e a reabilitação de suas consequências (Brasil, 2007), devendo ser compreendida como um conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora da natureza (Schraiber et al., 2008), ou seja, a tecnologia envolve não somente os instrumentos envolvidos na produção, mas também o saber tecnológico e o *modus operandi*, que dão sentido ao que será ou não à “razão instrumental” do equipamento (Merhy e Feuerwerker, 2009).

No campo da saúde o objeto é a produção do cuidado, por meio da qual se espera alcançar a cura e a saúde, que são, de fato, os objetivos que se quer atingir (Merhy e Feuerwerker, 2009). Sendo assim, além das ferramentas, devem ser considerados os conhecimentos e ações necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos. O sentido contemporâneo de tecnologia, portanto, diz respeito aos recursos materiais e imateriais dos atos técnicos e dos processos de trabalho sem, contudo, fundir estas duas dimensões (Schraiber et al., 2008).

As tecnologias em saúde podem ser descritas ou classificadas de diversas maneiras. Liapopoulos (1997) propôs uma relação de hierarquia entre elas, conforme demonstrado na figura 1. Importante destacar que para o autor todas as tecnologias médicas são utilizadas dentro de um contexto que engloba uma estrutura de sistema organizacional para prestação da atenção à saúde. Todavia, ele mostra que somadas a essas tecnologias existem componentes organizacionais e de apoio que são determinados por forças que atuam **fora** do sistema de saúde como, por exemplo, saneamento e controle ambiental. São todos esses elementos juntos que constituem, então, as tecnologias em saúde.

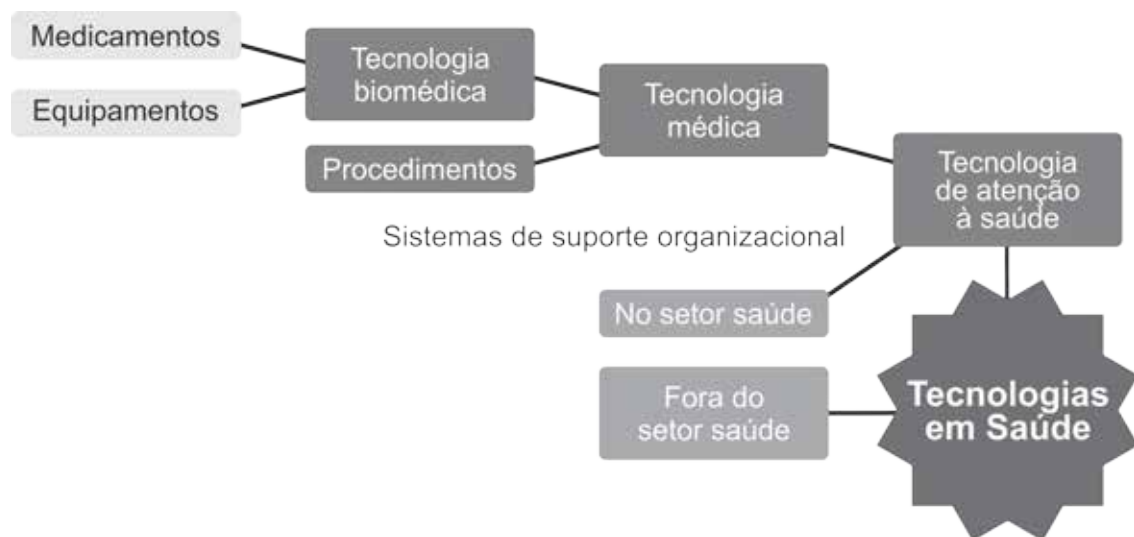


Figura 1: Esquema com hierarquia e relação entre as tecnologias em saúde
Fonte: Adaptado de Liapopoulos, 1997.

Goodman (2004) propôs uma classificação de acordo com: 1) sua natureza material; 2) seus propósitos no cuidado de saúde; e 3) seu estágio de difusão, conforme descrito no quadro 1.

Quadro 1: Classificação das Tecnologias em Saúde

Quanto à natureza material:
• Medicamentos: por exemplo, aspirina, beta-bloqueadores, antibióticos, inibidores da HMG-CoA redutase (“estatinas”) • Biológicos: vacinas, hemoderivados, terapias celulares e genéticas • Máquinas, equipamentos e suprimentos: por exemplo, marca-passos cardíacos, tomógrafos, luvas cirúrgicas, kits de teste de diagnóstico • Procedimentos médicos e cirúrgicos: por exemplo, a psicoterapia, aconselhamento nutricional, a angiografia coronária, a remoção da vesícula biliar • Sistemas de apoio: por exemplo, sistemas eletrônicos de pacientes registro, sistemas de tele-medicina, formulários de drogas, bancos de sangue, laboratórios de análises clínicas • Sistemas organizacionais e gerenciais: por exemplo, o pagamento prospectivo utilizando Grupos de Diagnósticos, configurações de entrega alternativas de cuidados de saúde, caminhos clínicos, programas de gestão da qualidade total
Quanto ao propósito:
• Prevenção: proteger contra a doença, impedindo que ele ocorra, reduzindo o risco de sua ocorrência, ou limitar o seu alcance ou sequelas (por exemplo, a imunização, o programa de controle de infecção hospitalar, abastecimento de água fluoretada) • Triagem: detectar uma doença, anormalidade, ou fatores de risco associados em pessoas assintomáticas (por exemplo, exame de Papanicolaou, teste tuberculínico, mamografia, testes de colesterol sérico) • Diagnóstico: (raio-X, por exemplo, eletrocardiograma, teste sorológico para a febre tifoide, para possível osso quebrado) identificar a causa e natureza ou extensão da doença em uma pessoa com sinais ou sintomas clínicos • Tratamento: projetado para melhorar ou manter o estado de saúde, evitar mais deterioração, ou fornecer tratamento paliativo (por exemplo, a terapia antiviral, a cirurgia de revascularização do miocárdio, psicoterapia, medicamentos para a dor do câncer) • Reabilitação: restaurar, manter ou melhorar uma deficiência física ou mental da pessoa função e bem-estar (por exemplo, programa de exercícios para pacientes pós-AVC, dispositivo de apoio para o comprometimento da fala grave, ajuda incontinência)
Quanto ao estágio de difusão:
• Futura: em uma fase conceitual, antecipado, ou nos primeiros estágios de desenvolvimento • Experimental: submetidos a bancada ou laboratório de ensaios com animais ou outros modelos • Investigacional: passando clínica inicial (ou seja, em seres humanos) para a avaliação de uma condição particular ou indicação • Estabelecida: considerado por prestadores de ser uma abordagem padrão para uma determinada condição ou indicação e se difunde para uso geral • Obsoleta/ultrapassada/abandonado: substituídas por outras tecnologias ou não mais utilizadas por serem ineficazes ou prejudiciais.

Fonte: Adaptado de Goodman, 2004.

No Brasil, Merhy (1997) classificou as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como: tecnologia dura, leve-dura e leve (figura 2). A leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. A leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica e a epidemiologia. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.



Figura 2: Proposta de Merhy (1997) para a classificação das tecnologias em saúde.

O estudo das diferentes tecnologias, de suas consequências biomédicas e de seu custo social contribui para a melhor compreensão dos problemas identificados nos serviços de saúde, constituindo-se em importante ferramenta para a formulação de ações que possam interferir no sistema (Brasil, 2010).

Tendencialmente, pelo modo como operam as lógicas de poderes (políticos, técnicos e administrativos) na sociedade contemporânea, os núcleos vinculados às tecnologias duras e leve-duras encontram terreno favorável para se imporem sobre os outros núcleos (Merhy e Feuerwerker, 2009). Todavia, uma inovação tecnológica em saúde representa a aplicação de novos conhecimentos, que tanto podem aparecer de forma concretamente incorporada num artefato físico (um equipamento, dispositivo ou medicamento, por exemplo) quanto **podem representar “ideias”, na forma de novos procedimentos (ou práticas)** ou de (re)organização dos serviços (Brasil, 2007, grifo nosso).

Para efeito de estudo, esse capítulo abordará o tema de tecnologias em saúde, sua importância e uso no Sistema Único de Saúde. Para tal, utilizará a classificação descrita por Merhy (1997). A separação das tecnologias que segue tem o objetivo unicamente didático, uma vez que na aplicação prática torna-se muitas vezes difícil (ou até mesmo impossível) visualizá-las separadamente. Dentro dessa classificação foram escolhidas as ferramentas mais comumente descritas (na literatura) e utilizadas (na prática). Todavia, não são as únicas disponíveis, havendo sim outras que podem ser muito úteis no trabalho em saúde. Entretanto, esgotar o tema, além de não ser um dos objetivos iniciais, também seria tarefa impossível para apenas um capítulo, uma vez que a descrição completa de cada uma delas mereceria um capítulo à parte. Pretendeu-se, portanto, suscitar no leitor o interesse pelo assunto com a intenção de levá-lo à busca por mais conhecimento na literatura disponível.

2. AS TECNOLOGIAS LEVES EM SAÚDE

Todo trabalho é mediado por tecnologias e depende da forma como elas se comportam no processo de trabalho; pode-se ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros (Merhy e Franco, 2005). As tecnologias leves referem-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho (Merhy, 1997).

O desafio que se coloca aos que trabalham com saúde, é o de construir processos de produção da saúde que sejam capazes de se firmar com novas referências para os usuários, dando-lhe segurança de que um modelo centrado nas tecnologias leves, mais relacionais, tenha a potência de cuidar tal como ele imagina e deseja (Franco e Merhy, 2005).

A Atenção Primária à Saúde, em especial a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que representa atenção à saúde focada na família e na comunidade, pressupõe a adequação às diferentes realidades locais, baseada na relação do trabalhador-usuário através do vínculo de compromisso e corresponsabilização, fato que implica em mudanças significativas na relação entre os trabalhadores de saúde e a população usuária, na estruturação dos serviços e no perfil de assistência à saúde, oferecido à população (Brasil, 2010).

A APS utiliza tecnologias de menor densidade tecnológica, porém mais intensivas em cognição, pois é de sua responsabilidade atender a mais de 85% dos problemas mais comuns de saúde. É aí que se situa a clínica mais ampla e onde se deveriam ofertar, preferentemente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas às mudanças de comportamentos e de estilos de vida em relação à saúde: cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física, entre outros (Mendes, 2012).

Para trabalhar com a família, os profissionais de saúde precisam disponibilizar de algumas ferramentas. Essas ferramentas de trabalho com famílias são tecnologias oriundas da Sociologia e da Psicologia, que visam a estreitar as relações entre os profissionais e as famílias, promovendo a compreensão em profundidade do funcionamento do indivíduo e de suas relações com a família e a comunidade (Mendes, 2012).

1. GENOGRAMA – São retratos gráficos da história e do padrão familiar, que identificam a estrutura básica, o funcionamento e os relacionamentos da família e, assim, evidenciam estressores, constituindo um mapa relacional do paciente e sua família, reunindo maiores possibilidades de detecção dos aspectos psicossociais. Nele são registrados dados de importância para o indivíduo, tais como separações, doenças, mortes, acidentes, cirurgias e internações (Muniz e Eisenshtein, 2009).

Resumidamente é um instrumento de avaliação familiar que consiste num sistema de coleta e registro de dados e que integra a história biomédica e a história psicossocial do paciente e da sua família (Rebello, 2007), podendo ser usado como fator educativo, permitindo às pessoas e às suas famílias compreender as repetições dos processos que vêm ocorrendo e como se repetem (Mendes, 2012).

Quando construir um genograma?

Como toda ferramenta, esta também tem sua aplicabilidade. O genograma deve captar informações sobre estilos de vida, condições de saúde, uso de medicamentos, dados culturais e econômicos que in-

fluenciam a dinâmica familiar, relações interpessoais, conflitos familiares e problemas de comunicação (Mendes, 2012). Pode ser utilizada por todos os membros da equipe, mas não deve ser feita como uma tarefa sem objetivo. As situações indicadas para sua utilização são (Chapadeiro et al., 2011):

1. Sintomas inespecíficos.
2. Utilização excessiva dos serviços de saúde pelo paciente ou família.
3. Doença crônica.
4. Isolamento.
5. Problemas emocionais graves.
6. Situações de risco familiar, por violência doméstica ou drogadição.
7. Mudanças no ciclo de vida.
8. Resistência ao tratamento ou dificuldade para aceitar o diagnóstico.
9. Alteração nos papéis familiares, por eventos agudos.

Por que construir um genograma?

Permite conhecer o indivíduo em seu contexto familiar e a influência da família em sua vida; conhecer as doenças mais frequentes na família e o padrão de repetição das mesmas, possibilitando ações efetivas de promoção de saúde nos seus descendentes; além de permitir ao profissional conhecer e explorar junto aos familiares suas crenças e padrões de comportamento. Tem valor não só diagnóstico, como também terapêutico, **permitindo uma visualização rápida das ações a serem desenvolvidas pela família em estudo** (Rebello, 2007).

Considerando a família como um sistema cujos membros mantêm relações de interdependência, o surgimento de doenças, transtornos ou quaisquer outras disfunções, seja de forma aguda ou crônica, afetará intensamente o sistema familiar, provocando necessárias adaptações de todos os envolvidos direta ou indiretamente. Como uma radiografia, o genograma permite a leitura rápida e abrangente da organização familiar em uma única folha de papel, facilitando a percepção da situação psicossocial pelos profissionais de saúde (Muniz e Eisenstein, 2009).

Exemplo de Genograma

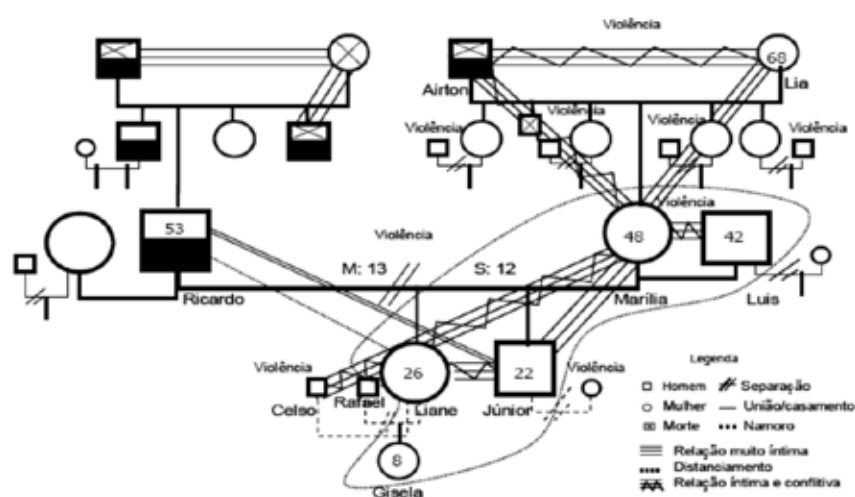


Figura 3 – O genograma, inserido na conversação terapêutica, foi utilizado como recurso de compreensão colaborativa. A ênfase na informação foi substituída pela busca de oportunidades para re-historiar as experiências vividas por essa família que vivenciou uma crise gerada pela tentativa de suicídio de um dos seus membros.

Fonte: Kruger e Werlang, 2008.

Por conta da necessidade de compreender o contexto das doenças bucais e os fatores de risco nas famílias atendidas pelo PSF, cirurgiões-dentistas de Curitiba desenvolveram um genograma direcionado à saúde bucal. Esse genograma odontológico apresenta símbolos a serem utilizados para problemas bucais ou que a eles estejam associados, como: alta atividade de doença bucal, dieta cariogênica, fluorose, uso de prótese parcial ou total, tabagismo, diabetes e outros (Moreira e Scheffer, 2008).

Atividade 1: Leitura dos textos:

Muniz JR, Eisenstein E. Genograma: informações sobre família na (in) formação médica. *Rev Bras Educ Méd* [internet] 2009; [acesso 2015 jun 1] 33(1): 72-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000100010.

Rebelo L. Genograma familiar: O bisturi do médico de família. *Rev Port Clín Geral* [internet] 2007; [acesso 2015 jun 1] 23: 309-17. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5655/1/Genograma_Familiar.pdf.

Atividade 2:

Após a leitura dos textos construa o seu genograma familiar, considerando você como o paciente central. Em seguida, reflita sobre suas relações familiares, seus hábitos e sua saúde.

2. CICLO DE VIDA FAMILIAR – Toda organização familiar passa por ciclos de vida que são períodos previsíveis, de estabilidade e transição, de equilíbrio e adaptação, e por momentos de desequilíbrio que alavancam novos e mais complexos estágios que geram novas funções e capacidades. Esse movimento por ciclos estabelece reestruturações relacionais contínuas na busca de nova ordem familiar (Mendes, 2012).

O ciclo de vida das famílias constitui-se numa ferramenta que permite melhorar a compreensão do indivíduo-família e confere uma previsibilidade das doenças que podem acontecer com maior frequência em cada uma das etapas do desenvolvimento familiar, antecipando as necessidades de cuidados acerca dos possíveis desafios a serem enfrentados pela família (Silveira Filho, 2007). Essa ferramenta divide a história da família em estágios de desenvolvimento previsíveis, sendo que cada estágio é caracterizado por tarefas específicas de desenvolvimento e por estresse associado com a execução ou não das tarefas do estágio (Silva e Santos, 2003).

A análise do Ciclo de Vida permite auxiliar a família na compreensão das tarefas que devem ser cumpridas para atravessar estas transições. É importante ressaltar que não se pode ignorar o contexto social, econômico e político e seu impacto sobre as famílias, movendo-se através de fases diferentes do ciclo de vida em cada momento na história (Silva e Santos, 2003).

Os estágios e as principais tarefas a serem executadas pelas famílias são descritas no quadro 2.

Quadro 2: Estágios do ciclo de vida familiar.

Estágio do ciclo de vida da família	Tarefas a serem cumpridas pelos membros	Cuidados relevantes para equipe de saúde
Sair de casa	Estabelecimento da independência pessoal e construção de uma nova identidade.	Atenção para superação da dependência emocional dos pais.
Compromisso com parceiro/parceira	Estabelecimento de relação íntima, com aumento da independência emocional dos pais	Planejamento familiar.
Aprender a viver junto	Equilíbrio na divisão dos papéis.	Importância da comunicação e do planejamento familiar.
Chegada do primeiro filho	Reorganização dos papéis para inclusão do novo membro.	Envolvimento do pai na gestação e no parto. Desenvolvimento infantil, papel de pais e relacionamento pais e filhos.
Vivendo com pré-escolares	Aumento nos custos financeiros da família, amadurecimento dos papéis dos pais que devem participar da educação dos filhos.	Encorajamento de um tempo para o casal. Diálogo sobre educação dos filhos e informações sobre o desenvolvimento das crianças
Vivendo com adolescentes	A estrutura familiar deve tornar-se mais flexível, com equilíbrio entre liberdade e responsabilidade.	O desenvolvimento da sexualidade, o comportamento em grupos sociais e os estilos de vida ganham importância.
A saída dos filhos	Transição nos papéis dos pais, que agora devem rever o significado do indivíduo e do casal.	A sexualidade no envelhecimento e o planejamento financeiro da aposentadoria tornam-se temas relevantes.
A velhice	A família deve lidar com perdas de habilidades, de amigos, familiares ou cônjuges, além de uma possível dependência de outras pessoas por parte do idoso.	Deve-se incluir cuidados com temas referentes à terceira idade, incluindo a saúde mental.

Fonte: Adaptado de Silva e Santos, 2003; Silveira Filho, 2007; Ditterich et al., 2009.

Essa ferramenta sugere que, em todos os estágios, a família interfere no processo saúde-doença de todos os seus membros, dependendo dos ajustes, das adaptações e dos acordos que se estabelecem ou não (Silveira Filho, 2007). Portanto, o conhecimento do desenvolvimento familiar é de extrema importância e utilidade para os profissionais de saúde que trabalham com a família, pois facilita a previsão, antecipa os desafios que serão enfrentados no estágio de desenvolvimento em questão e auxilia a família a reconhecer as mudanças e seguir em frente o seu desenvolvimento. Através desses dados permite-se melhorar o entendimento do contexto dos sintomas e doenças, tornando-se uma ferramenta essencial para a coleta de dados no Programa de Saúde da Família (Silva e Santos, 2003).

3. F.I.R.O. (Fundamental Interpersonal Relations Orientations) – Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais

O F.I.R.O., acrônimo de *Fundamental Interpersonal Relations Orientation*, constitui uma teoria de relações interpessoais, desenvolvida por Schutz, em 1958, e que procura explicar as relações interpessoais de pequenos grupos, sendo um modelo de estudo das famílias muito útil, pois baseia-se no conhecimento das dimensões de inclusão, controle e intimidade por meio da investigação de suas relações de poder, comunicação e afeto (Moysés e Silveira Filho, 2002; Wilson, 1996).

No atendimento integral à saúde de um indivíduo, a família é definida como uma unidade de cuidado (Resta e Budó, 2004), sendo o foco da atuação o atendimento da família a partir de um paciente, desdobrando-se assim as ações ao grupo buscando práticas preventivas coletivas e de promoção de saúde (Pupulin et al., 2003). Por exemplo, em situações de doenças agudas, de hospitalizações ou acompanhamento de doenças crônicas essa ferramenta é muito útil, pois neste contexto a família poderá negociar, entre seus membros, possíveis alterações de papéis necessárias para superação das crises advinda dessas situações. (Moysés e Silveira Filho, 2002; Silveira Filho, 2007).

A sustentação do F.I.R.O. faz-se por meio de um instrumento, denominado de FIRO-B, que contém seis escalas de nove itens de questões. O instrumento foi criado para medir ou monitorar como os membros do grupo sentem-se em relação à inclusão, ao controle e à intimidade ou para possibilitar dar *feedbacks* às pessoas nos grupos (Mendes, 2012).

As necessidades de **inclusão** na família significam a extensão em que os membros são parte ou não da unidade familiar e de seus subsistemas. Ou seja, “Quem está incluído ou excluído?”; “Qual é o equilíbrio entre pertencimento e identidade particular?”; “Como a família lida com a adição ou perda de membros?” (Mendes, 2012). A inclusão evidencia a interação dos indivíduos dentro da família, sua estrutura a vinculação e organização, percebendo assim a conectividade, o comprometimento, educação e o sentimento de pertencer à família, identificando-se como um grupo social, compartilhando seus valores e rituais familiares (Wilson, 1996; Moysés e Silveira Filho, 2002). A necessidade de inclusão manifesta-se nos esforços de uma pessoa para atrair atenção e interesse e criar uma identidade própria e singular (Mendes, 2012);

As necessidades de **controle** na família estão ligadas a temas como a responsabilidade, a disciplina, o poder, os mecanismos decisórios e as formas de negociação. O controle aparece também ligado a questões financeiras e a sistemas de privilégios. Essas interações podem variar de positivas a negativas, na dimensão afetiva, e de autocrática a democrática e a anárquica, na dimensão política (Mendes, 2012).

Os tipos mais importantes de controle são (Silveira Filho, 2007):

- Controle dominante, quando um exerce influência sobre os demais, caracterizando o controle unilateral;
- Controle reativo, quando se estabelecem reações contrárias, ou seja, de reação a uma influência que quer tornar-se dominante; e
- Controle colaborativo, quando se estabelece a divisão de influências entre os familiares.

A **intimidade** refere-se às interações familiares correlatas às trocas interpessoais, ao modo de compartilhar sentimentos, tais como esperanças e frustrações, ao desenvolvimento de atitudes de aproximação ou de distanciamento entre os familiares, às vulnerabilidades e às fortalezas (Wilson, 1996; Moysés e Silveira Filho, 2002).

O F.I.R.O. pode ser aplicado às famílias nas seguintes situações (Mendes, 2012):

- Quando as interações na família podem ser categorizadas nas dimensões da inclusão, do controle e da intimidade, ou seja, a família pode ser estudada quanto às suas relações de poder, comunicação e afeto;
- Quando a família sofre mudanças importantes ou ritos de passagem, como aqueles que foram descritos no Ciclo de Vida Familiar e faz-se necessário criar padrões de inclusão, de controle ou de intimidade;
- Quando a inclusão, o controle e a intimidade constituem uma sequência ao desenvolvimento para o manejo de mudanças na família; e
- Quando as três dimensões anteriores constituem uma sequência lógica de prioridades para o tratamento.

O quadro 3 apresenta uma sugestão de sequência de entrevista para aplicação da ferramenta F.I.R.O., tornando mais fácil a sua aplicação na prática.

Quadro 3: Sugestão para esquema de entrevista.

Inclusão (dentro ou fora)
Desde que você descobriu sobre a gravidade da doença: • Você sente que o seu papel na família mudou? • E o seu papel atual causa-lhe alguma preocupação? • Como você se sente com relação à forma como os demais membros da família estão desenvolvendo seus papéis?
Controle (topo ou base)
Desde que você descobriu sobre a gravidade da doença: • Você se sente envolvido o suficiente na tomada de decisão na família? • Você sente que sua família está lidando bem com as tomadas de decisão? Existem conflitos? • Você sente que você e sua família estão no controle da situação?
Intimidade (perto ou distante)
Desde que você descobriu sobre a gravidade da doença: • Você se sente mais confortável em compartilhar seus sentimentos com os outros membros da família? • Há certas emoções que você reluta em compartilhar com os membros da família? • Você está satisfeito com o seu relacionamento com o seu cônjuge? Com seus pais? Com seus irmãos? Com outros membros da família?

Fonte: Adaptado de Librach e Talbot, 1991.

4. P.R.A.C.T.I.C.E – É um instrumento que permite a avaliação do funcionamento das famílias, uma vez que facilita a coleta de informações e entendimento do problema, seja ele de ordem clínica, comportamental ou relacional, assim como a elaboração de avaliação e construção de intervenção, com dados colhidos com a família, facilitando o desenvolvimento da avaliação familiar (Chapadeiro et al., 2011).

O esquema opera por momentos de entrevista familiar e representa o acróstico das seguintes palavras do original em inglês *problem, roles, affect, communication, time in life, illness, coping with stress, environment/ecology*. Foi desenvolvido para o manejo das situações mais difíceis, sendo focado na resolução de problemas, o que permite uma aproximação com várias interfaces que criam problemas para as famílias analisadas. Deve ser aplicado sob a forma de uma conferência familiar e a abordagem pode se dar em diversas aproximações (Moysés e Silveira Filho, 2002):

P – Problema apresentado (*Presenting Problem*) – Este momento auxilia a equipe de saúde da família a compreender o significado daquele problema, muitas vezes o motivo da queixa, da autopercepção e da busca de atendimento por parte da família. Permite que a equipe conheça o problema da família e o que os diferentes membros da família pensam e sentem a respeito do fato (Moysés e Silveira Filho, 2002; Chapadeiro et al., 2011).

R – Papéis e estrutura (*Roles and structure*) – Permite conhecer aspectos do desempenho dos papéis de cada um dos membros e como eles evoluem a partir dos seus posicionamentos (Moysés e Silveira Filho, 2002; Chapadeiro et al., 2011).

A – Afeto (*Affect*) – O momento reconhece como se estabelecem as demonstrações de afeto entre os familiares e como essa troca afetiva pode interferir, positivamente ou negativamente, no problema apresentado (Moysés e Silveira Filho, 2002).

C – Comunicação (*Communication*) – O momento ajuda a observar como se dá a comunicação verbal e não verbal dentro da família (Moysés e Silveira Filho, 2002).

T – Tempo no ciclo de vida (*Time in life*) – Correlaciona o problema com as tarefas esperadas dentro do ciclo de vida a serem desempenhadas pelos membros daquela família, tentando verificar onde pode estar situada a dificuldade (Moysés e Silveira Filho, 2002).

I – Doenças na família, passadas e presentes (*Illness in family*) – Resgata a morbidade familiar, valoriza as atitudes e os cuidados frente as situações vividas e trabalha com a perspectiva de longitudinalidade do cuidado, contando com o suporte familiar (Moysés e Silveira Filho, 2002).

C – Lidando com o estresse (*Coping with stress*) – Procura identificar os recursos utilizados pela família para lidar com situações anteriores de estresse e como utilizar esses recursos para enfrentar a crise presente (Chapadeiro et al., 2011).

E – Meio ambiente ou Ecologia (*Environment or Ecology*) – Procura conhecer os suportes externos que possam apoiar a família nessa situação atual – igreja, vizinhos, enfim, a rede social de apoio –, além dos aspectos estruturais, como saneamento, renda, grau de escolaridade, moradia, transporte (Chapadeiro et al., 2011).

Essa ferramenta é uma forma pedagógica que guia encontros com a família sem esquecer de nenhum ponto a ser registrado e investigado, sendo muito em saúde da família.

Atividade 3: Leitura do texto:

Cecilio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. Interface Comun Saúde Educ [internet] 2009; [acesso 2015 jun 1] 13(Suppl 1): 545-55. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500007&script=sci_arttext.

Atividade 4: Após a leitura do texto, escreva sobre a importância das tecnologias leves no cuidado em saúde.

3. AS TECNOLOGIAS LEVE-DURAS EM SAÚDE

São uma combinação entre as tecnologias leves e as duras. São leves, pois envolvem o saber que as pessoas adquiriram e está inscrito na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles; mas são consideradas duras à medida que representam um saber fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado. As tecnologias leves-duras, portanto, dizem respeito aos **saberes bem estruturados**, que operam no **processo de trabalho** em saúde como, por exemplo, a clínica médica, a clínica psicanalítica e a epidemiologia (Merhy, 1997).

1. DIRETRIZES CLÍNICAS – trata-se de um conjunto de recomendações estruturadas, submetidas à atualização periódica à luz das evidências científicas disponíveis, a fim de produzir ações de melhor qualidade. Procuram integrar a experiência à melhor evidência clínica externa avaliável, visando o cuidado ao paciente individual (Brasil, 2009a). Dessa forma, influenciam as decisões dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas (Mendes, 2012).

Há alguns objetivos motivadores da elaboração de diretrizes (Brasil, 2009a):

- Permitir que os resultados da pesquisa clínica sejam mais rapidamente utilizados e traduzidos para a prática diária;
- Reduzir a variação da prática clínica no manuseio de situações clínicas semelhantes;
- Controlar os custos do sistema de saúde;
- Auditar a prática clínica.

Para alcançar seus objetivos, as diretrizes clínicas devem combinar medicina baseada em evidência, avaliação tecnológica em saúde, avaliação econômica dos serviços de saúde e garantia de qualidade (Mendes, 2012).

Existem dois tipos principais de diretrizes clínicas: as linhas-guia (*guidelines*) e os protocolos clínicos (Mendes, 2012).

As linhas-guia são recomendações sistematicamente desenvolvidas para prestar uma atenção à saúde apropriada em relação à determinada condição de saúde. As linhas-guia normatizam todo o processo de atenção à saúde, em todos os pontos de atenção, obedecendo à ação coordenadora da Atenção Primária na Rede de Atenção à Saúde. As linhas-guia aproximam-se de um conceito muito utilizado no SUS, as linhas de cuidado (Mendes, 2012).

Os protocolos clínicos também são recomendações sistematicamente desenvolvidas, mas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo de uma condição de saúde e em um ponto de atenção à saúde determinado. Assim, os protocolos clínicos são documentos específicos, mais voltados às ações de promoção, prevenção, cura/cuidado, reabilitação ou palição, em que os processos são definidos com maior precisão e menor variabilidade (Mendes, 2012).

Mendes (2012) sugere uma metáfora para uma diferenciação clara entre essas duas diretrizes clínicas, onde as linhas-guia são o filme e os protocolos clínicos os fotogramas. Por exemplo, a normatização da atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério, ao longo de todos os pontos de atenção à saúde, é feita através de uma linha-guia; o detalhamento do diagnóstico e do tratamento da toxoplasmose – uma parte de todo o processo –, é feito por um protocolo clínico (Mendes, 2012).

A elaboração de diretrizes clínicas é um processo complexo e demorado, possuindo como momentos: a escolha da condição de saúde, a definição da equipe de elaboração, a análise situacional da condição de saúde, a busca de evidências e de diretrizes clínicas relevantes, os conteúdos das diretrizes clínicas, a formalização das diretrizes clínicas, a avaliação das diretrizes clínicas, a validação das diretrizes clínicas, a publicação das diretrizes clínicas e a revisão das diretrizes clínicas (Mendes, 2012).

Atividade 5:

Para fixação desse conteúdo, sugerimos que o leitor acesse o site: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/840-sctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/13-cgceaf/11646-pcdt>.

O Ministério da Saúde disponibiliza nesse site os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas de uma série de enfermidades. Escolha uma delas, acesse e leia o conteúdo completo. Após a leitura será possível visualizar o quão complexa é a construção de um protocolo clínico e compreender a importância da saúde baseada em evidência para sua elaboração.

2. FLUXOGRAMA ANALISADOR DO MODELO DE ATENÇÃO

O processo de trabalho e a atenção em saúde estão em constante estruturação e necessitam de estratégias organizacionais no sentido de torná-los capazes de viabilizar os princípios e diretrizes do SUS, com competências necessárias na construção de ações em saúde pautadas na integralidade da assistência, na universalidade e igualdade de acesso, para efetivação do direito à saúde a todos os cidadãos (Brasil, 1988; Brasil, 1990).

A compreensão organizacional do serviço ou da unidade de saúde quando realizado por um “organograma” proporciona uma macrovisão da hierarquia operacional e estrutural da atenção em saúde, o levantamento dos processos pode ser representado por “árvore genealógica” ou “mapas de processos” e o fluxo dos processos por um “fluxograma” (Ely, 2009).

O uso do “Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção” proposto por Merhy (1997) é um instrumento que permite que os profissionais de saúde identifiquem coletivamente possíveis falhas, ou seja, o “o que” e o “como” do processo de trabalho e da estrutura organizacional precisam ser modificados (Barboza e Fracoli, 2005).

A construção do fluxograma (figura 5) é realizada através de um diagrama dos processos de trabalho de um determinado setor ou serviço, registrando os caminhos em que o usuário percorreu, utilizando-se alguns símbolos padronizados universalmente tais como o desenho de uma elipse representando a entrada, ou início de um determinado fluxo, bem como o seu fim; o retângulo a etapa de produção de ações, ou consumo de recursos e produção de produtos; e o losango representa os momentos de escolha e possibilidades de encaminhamentos a serem seguidos (Santos e Madruga, 2007).



Figura 5 – Fluxograma utilizado para avaliar sua contribuição na gestão estratégica do setor de internação pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria.

Fonte: Santos e Madruga, 2007.

Um estudo realizado por Ely (2009) permitiu visualizar que o Acolhimento com Classificação de Risco auxilia na organização interna dos fluxos e processos de trabalho de um serviço de urgência e emergência, facilitando o dimensionamento de profissionais, a distribuição de materiais e medicamentos, bem como a adaptação da estrutura física ao tipo de atendimento, sendo o Acolhimento com Classificação de Risco um instrumento de triagem e ordenador do fluxo.

Atividade 6: Leitura dos textos:

- Santos DL, Madruga LRRG. Uso da “ferramenta de fluxograma analisador do modelo de atenção” para gestão estratégica de pessoas com base nas competências no setor de internação pediátrica do HUSM. CESH [internet] 2007; [acesso 2015 jun 1] 20(Ed Esp): 117-32. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/sociaisehumanas/article/view/832>.
- Franco TB. O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz – MG [internet] Campinas, fev 2000 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/fluxograma_descritor_e_projetos_terapeuticos_caso_de_luz_tulio_franco.pdf.

Atividade 7

Após a leitura dos textos construa um fluxograma analisador, considerando a unidade do serviço de saúde em que você trabalhe. Em seguida, reflita sobre a organização dos processos e fluxos do seu trabalho.

4. AS TECNOLOGIAS DURAS EM SAÚDE

Como visualizamos anteriormente nas descrições de tecnologias leves e leve-duras, o fenômeno tecnologia em saúde integra pensamentos e discussões dos profissionais, fazendo circular informações entre eles, levando-os a elaborarem conhecimentos que alicerçam seus modos de agir (Silva e Ferreira, 2009).

Por outro lado, os recursos da tecnologia dura, criados pelo homem a serviço do homem, têm contribuído em larga escala para a solução de problemas antes insolúveis e pode reverter em melhores condições de vida e saúde para o paciente (Barra et al., 2006). As tecnologias duras, portanto, referem-se ao uso de equipamentos tecnológicos e medicamentos na atenção à saúde.

A evolução tecnológica começou com a revolução industrial, ganhando maior impulso após a Segunda Guerra Mundial com a descoberta e utilização de tubos orotraqueais, ventiladores e eletrocardiograma na assistência ao paciente crítico. Nesse período, as ciências aplicadas possibilitaram o advento de máquinas e equipamentos que substituíram e/ou minimizaram a necessidade da força humana física (Silva e Ferreira, 2009).

A indústria de equipamentos médicos e produtos farmacêuticos tem como elemento comum a demanda, na medida em que o objetivo final de todos os produtos da indústria de equipamentos médicos é atender às necessidades de saúde da população. Dessa forma, sua dinâmica é determinada por fatores epidemiológicos e demográficos, existindo uma correlação positiva entre o perfil epidemiológico e demográfico e a tendência global de aumento dos custos de saúde (Landim et al., 2013).

Percebe-se que o uso da tecnologia dura em saúde favorece o atendimento imediato, o diagnóstico mais preciso, fornece mais segurança a toda equipe multidisciplinar, porém, pode contribuir para o processo de desumanização, tornando as relações humanas frias e distantes, fazendo com que o pacien-

te se sinta abandonado, insignificante, invisível, apenas como parte de uma engrenagem (Barra et al., 2006). Dessa forma, torna-se necessário que os profissionais da saúde façam uma reflexão sobre suas posturas enquanto seres humanos que prestam cuidados a outros seres humanos e que, independente do uso da alta tecnologia, cabe manter a presença humanizada no serviço de saúde no qual está inserido*.

Nota: Para maiores informações sobre a postura do profissional durante o uso de tecnologias duras, sugerimos a leitura do tópico “Humanização na Atenção Terciária em Saúde”, que faz parte do capítulo Humanização: acolhimento e vínculo.

5. AVALIAÇÃO DAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Os sistemas de atenção à saúde, entre eles o SUS, constituem respostas sociais organizadas para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares (Mendes, 2012).

Atualmente, o cenário econômico para esses sistemas é de escassez e os gestores se deparam com alguns desafios que ocorrem simultaneamente: a crescente inovação tecnológica; o aumento proporcional nos gastos de saúde; a falta de recursos de orçamento e desperdício dos mesmos; a pressão da indústria, da mídia e dos profissionais de saúde; a demanda de usuários por direitos e a consequente judicialização da saúde e, por fim, a incorporação de novas tecnologias em saúde sem critérios definidos e grande variabilidade na utilização dos insumos e procedimentos médicos (Vianna e Mesquita, 2003; Laranjeira e Petramale, 2012).

Dentro desse contexto surgiu a economia em saúde, um campo que apresenta como temas de estudo: Saúde e Desenvolvimento; Financiamento das Ações e Serviços de Saúde; Regulação Econômica em Saúde; Alocação de Recursos e Eficiência de Ações e Serviços de Saúde (figura 6) (Prado, 2015).



Figura 6: Temas da Economia em Saúde.
Fonte: Prado, 2015.

A necessidade de utilizar os conhecimentos da economia em saúde se torna evidente, no que concerne à utilização racional de recursos limitados da saúde (Laranjeira e Petramale, 2012), pois os profissionais envolvidos deverão decidir sobre questões importantes, que transcendem a esfera clínica (Vianna e Mesquita, 2003):

- A decisão está alicerçada pela evidência médica?
- O alto custo desta nova tecnologia justifica o benefício proporcionado ao paciente?
- Como estimar a relação de custo-efetividade para o procedimento proposto?

Nota-se que com o crescimento dos custos na saúde, a incorporação tecnológica adquiriu mais relevância (Landim et al., 2013), uma vez que o uso de uma nova tecnologia assume que existe um benefício clínico para pacientes e populações. Esse benefício pode ser mensurado em termos econômicos (Ferreira-Da-Silva et al., 2012). Para essa mensuração ser viável torna-se imprescindível o conhecimento sobre quais intervenções realmente funcionam, em que condições, a que custo, bem como todas as demais informações correlatas e necessárias. Tais informações são obtidas de maneira científica, por meio do emprego de diversos métodos comprovados desenvolvido ao longo do último século, entre eles o emprego do estudo clínico controlado e randomizado, a revisão sistemática e a metanálise, a análise de decisão e os estudos econômicos em saúde (Nita et al., 2010).

Dentro desse contexto a avaliação das tecnologias em saúde se insere como um processo abrangente de investigação das consequências clínicas, econômicas e sociais da utilização dessas tecnologias, emergentes ou já existentes, desde a pesquisa e desenvolvimento até a obsolescência (Brasil, 2006), utilizando um método para auxiliar no processo de escolha entre alternativas disponíveis, mensurar o benefício para cada unidade de custo, estimar o retorno para a sociedade na utilização de novas tecnologias e identificar formas de incentivo para que os participantes do sistema atuem com mais eficiência na utilização dos recursos disponibilizados (Vianna e Mesquita, 2003).

A avaliação econômica em saúde objetiva, portanto, entrelaçar a racionalidade da economia à tomada de decisões em saúde, alocando os recursos escassos de forma a maximizar seus benefícios para a sociedade (Laranjeira e Petramale, 2012). Os tipos de análise que auxiliam na tomada de decisão são (Vianna e Mesquita, 2003; Secoli et al., 2005; Laranjeira e Petramale, 2012):

- A análise de custo-efetividade (ACE) – É a mais utilizada na literatura, mensura o custo em unidades monetárias dividido por uma unidade não-monetária, chamada unidade natural, por exemplo anos de sobrevida após uma determinada intervenção em saúde. O objetivo da ACE é avaliar o impacto de distintas alternativas de intervenção à saúde, permitindo melhorar os efeitos do tratamento em troca da aplicação de recursos adicionais.
- Análise de custo-minimização ou análise minimização de custo (AMC) – É a forma mais simples de avaliação econômica. Compara as alternativas de custos de tratamento, partindo da premissa que o efeito médico final é equivalente. O objetivo é identificar a forma menos dispendiosa de alcançar o desfecho desejado. Este tipo de análise é útil na comparação de doses e vias de administração diferente do equivalente genérico para os quais os efeitos são absolutamente semelhantes, selecionando-se o de menor custo.
- Análise de custo-benefício (ACB) – Avalia o custo dividido pelo valor monetário do benefício, este último de complexidade metodológica, pois torna-se necessário atribuir valor monetário à vida.
- A análise de custo-utilidade (ACU) – Mede a quantidade e qualidade de vida empregando o conceito de utilidade desenvolvido por economistas, que se refere à satisfação obtida pelo paciente ante o impacto de uma intervenção de saúde. Considerado o tipo mais complexo de análise, é, objetivamente, a ACE acrescida do ponto de vista do paciente. A medida de utilidade mais utilizada nos estudos de ACU é a de Anos de Vida Ajustados por Qualidade (AVAQ), tam-

bém denominada *quality-adjusted life-year* (QALY), índice que combina mortalidade e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).

A maioria das avaliações econômicas de tecnologias em saúde utiliza modelos de decisão para avaliar os custos e benefícios das estratégias comparadas. Esses modelos organizam informações de forma a reproduzir contextos específicos, segundo pressupostos conceituais e metodológicos e aplicando técnicas matemáticas e computacionais, buscando sintetizar e tornar compreensível um possível efeito de intervenções tecnológicas determinadas sobre problemas de saúde especificados e em populações dadas (Soárez et al., 2014).

Os modelos são alimentados com as informações disponíveis e combinarão dados de múltiplas fontes primárias e/ou secundárias (Soárez et al., 2014). Portanto, o uso da epidemiologia clínica é condição *sine qua non* para a acurácia da análise econômica (Vianna e Mesquita, 2003).

Existem diversos modelos que podem ser usados para prever o impacto das tecnologias em saúde. Esse capítulo detalhará apenas o modelo da árvore de decisão.

6. ÁRVORE DE DECISÃO

A Árvore de decisão é a forma mais simples dos modelos de decisão usados rotineiramente, sendo valorizada pela sua transparência e excelente capacidade de descrever as opções alternativas (Soárez et al., 2014).

O primeiro e mais importante passo para desenvolver um modelo é especificar a questão ou problema de decisão (Werner et al., 2012). A partir da questão, a estrutura da árvore começa a ser montada sendo composta de nós, ramos e desfechos. Existem três tipos de nós: nó de decisão, nó de chance e nó terminal (Soárez et al., 2014).

O nó de decisão é representado por um quadrado e indica a decisão fundamental que está sendo considerada, de incorporação de uma tecnologia

O nó de decisão é seguido por um nó de chance, representado por um círculo, que descreve os vários eventos subsequentes. Cada desfecho possível é associado à sua probabilidade de ocorrência, e as probabilidades representam a possibilidade de um evento particular ocorrer (Soárez et al., 2014). Esta informação é geralmente adquirida a partir de uma extensa pesquisa bibliográfica. Meta-análises e estudos randomizados controlados são preferencialmente utilizados, mas estudos de coorte, controles de casos e opiniões de especialistas também podem ser usados para identificar as consequências de diferentes decisões e a probabilidade dessas consequências (Werner et al., 2012). O nó terminal, representado por um triângulo, indica o valor de um determinado desfecho em saúde (Soárez et al., 2014). Observe os esquemas das figuras 7 e 8.



Figura 7 – Esquema com cálculo de custos utilizando o modelo de uma árvore de decisão.
Fonte: Adaptado de Werner et al., 2012.

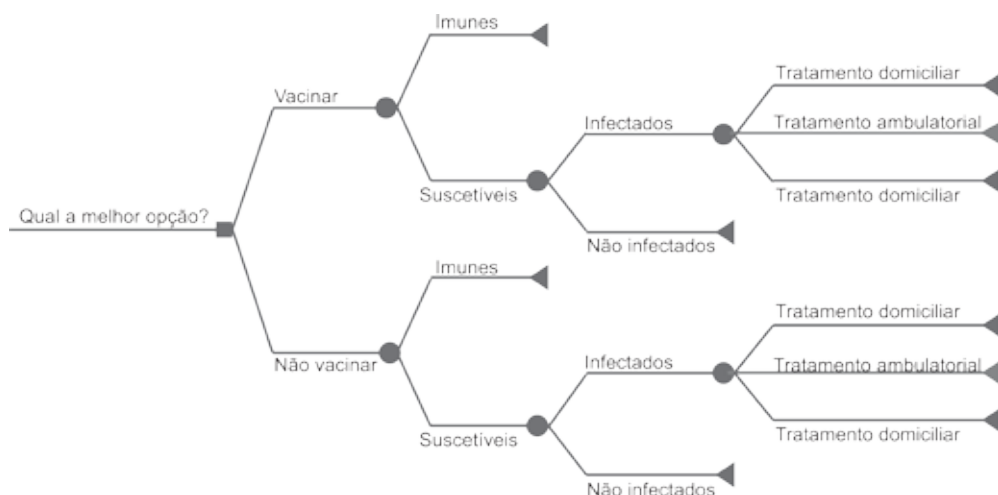


Figura 8: Representação gráfica do modelo de árvore de decisão. Fonte: Soárez et al., 2014

Embora a modelagem de análise de decisão seja uma ferramenta poderosa, algumas de suas limitações devem ser reconhecidas como, por exemplo sua dependência de dados de qualidade, obtidos de fontes primárias ou secundárias. Todavia, apesar de suas limitações, trata-se de uma ferramenta necessária para os profissionais de saúde, gestores, pesquisadores e legisladores que são cada vez mais confrontados com o aumento dos custos de saúde (Werner et al., 2012).

O Poder Público, em sua função reguladora, tem recorrido às evidências científicas como ferramenta para priorizar devidamente as tecnologias a serem incorporadas em seus sistemas de saúde através da Avaliação de Tecnologias em Saúde, as quais permitem uma incorporação e utilização mais racional dos recursos tecnológicos disponíveis em um sistema de saúde (Brasil, 2009b).

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), criada pela lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, é o órgão colegiado de caráter permanente, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, que tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de tecnologias em saúde, bem como na constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio das tecnologias em Saúde, a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população, sendo indispensável sua utilização para melhorar a qualidade de vida dos pacientes assistidos.

O estudo das diferentes tecnologias contribui para a melhor compreensão dos problemas identificados nos serviços de saúde como vistas a solucioná-los. As tecnologias leves de menor densidade tecnológica, porém mais intensivas em cognição, são indispensáveis em todos os pontos de atenção à saúde humana.

Porém, a relevância dada nas tecnologias leves não nega a melhora alcançada no setor saúde por meio da evolução das tecnologias duras (artefatos, equipamentos ou medicamentos).

Dada a evolução tecnológica alcançada e a escassez de recursos no setor saúde, torna-se indispensável a inserção de metodologias capazes de fazer uma avaliação de tecnologias em saúde possibilitando a incorporação e utilização mais racional dos recursos tecnológicos envolvidos.

8. REFERÊNCIAS

- Barboza TAV, Fracolli LA. A utilização do “fluxograma analisador” para organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(4): 1036-44.
- Barra DCC, Nascimento ERP, Martins JJ, Albuquerque GL, Erdmann AL. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. *Rev Eletron Enferm*. 2006; 8(3): 422-30.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Ciência e Tecnologia em Saúde. Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS; 2007. 166p.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: IMESP; 1988.
- Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 1990 set 20.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *A implementação de diretrizes clínicas na atenção à saúde: experiências internacionais e o caso da saúde suplementar no Brasil*. Brasília: OPAS; 2009a. 132p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Avaliação de tecnologias em saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde*. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(4): 743-7.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 48p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. *Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b. 110p.
- Chapadeiro CA, Andrade HYSO, Araújo MRN. *A família como foco da atenção primária à saúde*. Belo Horizonte: UFMG; 2011. 100p.
- Ditterich RG, Gabardo MCL, Moysés SJ. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. *Saúde Soc*. 2009; 18(3): 515-24.
- Ely D. Fluxos e processos de trabalho em um serviço de urgência e emergência da região metropolitana de Porto Alegre [trabalho de conclusão de curso – especialização]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Administração; 2009.
- Ferreira-Da-Silva AL, Ribeiro RA, Santos VCC, Elias FTS, d'Oliveira ALP, Polanczyk CA. Diretriz para análises de impacto orçamentário de tecnologias em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(7): 1223-38.
- Franco TB, Merhy EE. produção imaginária da demanda. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; 2005.
- Goodman CS. Introduction to health care technology assessment. Virginia: Lewin Group; 2004 [acesso maio 29]. Disponível em: <http://aaz.hr/resources/pages/57/2.%20HTA101-%20Introduction%20to%20health%20technology%20assessment.pdf>.
- Kruger LL, Werlang BSG. O genograma como recurso no espaço conversacional terapêutico. *Aval Psicol*. 2008; 7(3): 415-26.
- Landim A, Gomes R, Pimentel V, Reis C, Pieroni JP. Equipamentos e tecnologias para saúde: oportunidades para uma inserção competitiva da indústria brasileira. *BNDES Setorial*. 2013 (37): 173-226 [acesso 2015 jun 1]. Disponível em: https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/1494/1/A%20mar37_05_Equipamentos%20e%20tecnologias%20para%20sa%C3%Bade...pdf.

- Laranjeira FO, Petramale CA. A avaliação econômica em saúde na tomada de decisão: a experiência da CONITEC. *BIS Bol Inst Saúde*. 2012; 14(2): 165-70.
- Liaropoulos L. Do we need 'care' in technology assessment in health care [letter]. *Int J Technol Assess Health Care*. 1997; 13(1): 125-7.
- Librach SL, Talbot Y. Understanding dying patients and their families: using the family FIRO model. *Can Fam Physician*. 1991; 37: 404-9.
- Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512p.
- Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS; 2009 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>.
- Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. Rio de Janeiro: EPJV/FIOCRUZ; 2005 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Saude_ts.pdf.
- Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
- Moreira M, Scheffer CS. A construção do genograma direcionado à saúde bucal. *Rev ABO Nac*. 2008; 16(4): 218-21.
- Moysés SJ, Silveira Filho AD. Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES; 2002. p.155-60.
- Muniz JR, Eisenstein E. Genograma: informações sobre família na (in) formação médica. *Rev Bras Educ Méd* [internet] 2009; [acesso 2015 jun 1] 33(1): 72-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000100010.
- Nita ME, Secoli SR, Nobre MRC, Ono-Nita SK, Campino ACC, Sarti FM, et al. Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre: Artmed; 2010. 600p.
- Prado CCL. A produção de conhecimento em economia da saúde e seu uso na tomada de decisão. *RAH-IS* [internet] 2015; [acesso 2015 jun 1] 12(1). Disponível em: <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/issue/view/216>.
- Pupulin ART, Araújo SM, Gomes ML, Silva SV, Carrashi IA. Acompanhamento domiciliar de pacientes chagásticos tratados etiológicamente. *Rev Bras Anál Clín*. 2003; 35(3): 159-61.
- Rebello L. Genograma familiar: O bisturi do médico de família. *Rev Port Clín Geral* [internet] 2007; [acesso 2015 jun 1] 23: 309-17. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5655/1/Genograma_Familiar.pdf.
- Resta DG, Budó LD. A cultura e a forma de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores familiares. *Acta Scientiarum. Health Sci*. 2004; 26(1): 53-60.
- Santos DL, Madruga LRRG. Uso da "ferramenta de fluxograma analisador do modelo de atenção" para gestão estratégica de pessoas com base nas competências no setor de internação pediátrica do HUSM. *CCSH* [internet] 2007; [acesso 2015 jun 1] 20(Ed Esp): 117-32. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/sociaisehumanas/article/view/832>.
- Schraiber LB, Mota A, Novaes HMD. Tecnologias em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>.
- Schutz WC. FIRO: a three dimensional theory of interpersonal behavior. New York: Holt, Rinehart & Wilson; 1958.
- Secoli SR, Padilha KG, Litvoc J, Maeda ST. Farmacoeconomia: perspectiva emergente no processo de tomada de decisão. *Ciênc Saúde Colet*. 2005; 10(Suppl): 287-96.
- Silva JV, Santos SMR. Trabalhando com famílias utilizando ferramentas. *Rev APS*. 2003; 6(2): 77-86.

- Silva RC, Ferreira MA. A tecnologia em saúde: uma perspectiva psicossociológica aplicada ao cuidado de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 13(1): 169-73.
- Silveira Filho AD. O uso das ferramentas de saúde da família na construção do cuidado em saúde. In: Archanjo DR, Archanjo LR, Silva LL, organizadores. *Saúde da família na atenção primária*. Curitiba: IBPEX; 2007.
- Soárez PC, Soares MO, Novaes HMD. Modelos de decisão para avaliações econômicas de tecnologias em saúde. *Ciê Saúde Colet.* 2014; 19(10): 4209-22.
- Vianna D, Mesquita ET. Economia da saúde: ferramenta para a tomada de decisão em Medicina. *Rev SOCERJ.* 2003; 16(4): 258-61.
- Werner EF, Wheeler S, Burd I. Creating decision trees to assess cost-effectiveness in clinical research. *J Biomet Biostat.* 2012; S7: 004. doi:10.4172/2155-6180.S7-004.
- Wilson L. *Trabalhando com famílias – livro de trabalho para residentes*. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde; 1996.

CAPÍTULO 7 – ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Autores:

Alana Cristina Guisilini

Cirurgiã-dentista, Responsável Técnica Programa de Saúde Bucal DSEI Xingu/SESAI/MS, Especialista Saúde Indígena – UNIFESP, Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP

Aline Amaro Damasceno

Cirurgiã-dentista – Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, Residência Multiprofissional em Saúde da Família – UNESP/Botucatu, Especialista em Odontopediatria- UEL e Saúde da Família – UNIFESP, Mestranda MP Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP, Docente do Curso de Odontologia Faculdade Cathedral / Boa Vista – RR

Wander Barbieri

Cirurgião-dentista do Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein-Prefeitura Municipal de São Paulo, Especialista em Saúde Pública – Faculdade de Saúde Pública/USP, Mestrando MP em Odontologia em Saúde Coletiva- FOP/UNICAMP

Antonio Carlos Pereira

Docente do Departamento de Odontologia Social FOP UNICAMP, Mestre e Doutor em Saúde Pública, FSP USP

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos:

A proposta deste capítulo é apresentar e discutir os enfrentamentos dos Sistemas de Saúde e analisar a incorporação de ferramentas para organização da Atenção à Saúde no Brasil e como estas podem contribuir para um redirecionamento dos serviços ofertados frente as mudanças sociais e epidemiológicas do século XXI.

Conteúdo Programático:

1. Considerações iniciais
2. Panorama dos Sistemas de Atenção à Saúde
3. Modelos de Sistemas de Saúde
4. Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante da organização da atenção
5. Ferramentas para organização da Atenção em Saúde
6. Projeto Geração Sem Cárie
7. Considerações Finais
8. Bibliografia

Leitura Obrigatória:

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549p.
Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2009. 871p.

Leitura Complementar:

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

Leitura de Artigos:

Kornis GEM, Maia LS, Fortuna RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis*. 2011; 21(1): 197-215.
Andrade FR, Narvai PC. Inquéritos populacionais e modelos de atenção. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(Supl 3): 154-60.

Atividade Recomendada:

- Faça uma entrevista com o secretário de saúde ou gerente de unidade de saúde e descreva como o município organiza o sistema de saúde de forma crítica

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No livro “COLAPSO – Como as sociedades escolhem os fracassos ou o sucesso”, de Jared Diamond, o autor mostra, sem emitir juízo de valor, como sociedades antigas e bem organizadas, como os Maias, Polinésios e povos da Ilha de Páscoa e Groenlândia Nórdica entraram em colapso após exaurirem seus recursos naturais. Tal colapso também foi estimulado por mudanças climáticas e a reação da população frente à escassez desses recursos, causando nos casos mais extremos a emigração e a morte de toda a população, antecidos pela desestruturação política e perda de identidade cultural.

Nos tempos atuais, em meio à crise hídrica, percebemos que as sociedades contemporâneas pouco aprenderam com o valioso banco de dados do passado. Continuamos esgotando nossos recursos e estamos pouco dispostos a alterar nossos padrões de consumo frente a essa escassez. Transportando o conceito de esgotamento de recursos para a área da Saúde, onde as necessidades são crescentes e ilimitadas e a incorporação de novas tecnologias tem caráter cumulativo e não substitutivo, é preciso uma reflexão crítica sobre a eficiência, efetividade e resolutividade dos serviços de atenção frente aos principais problemas de saúde da população.

2. Panorama dos Sistemas de Atenção à Saúde

Os sistemas de atenção à saúde são definidos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), como um conjunto de atividades cujo propósito é promover, restaurar e manter a saúde da população. Eles não são estáticos e estão em constante processo de construção e desenvolvimento, acompanhando as mudanças sociais e culturais das sociedades, com o objetivo de garantir o bom estado de saúde de suas populações.

Atualmente, os sistemas de atenção à saúde enfrentam uma crise, que se manifesta em diferentes graus em todo o mundo. Esta é decorrente de mudanças nos padrões de nutrição e relações de trabalho das sociedades modernas. É também uma incoerência entre a situação de saúde causada pela transição demográfica, representada pelo envelhecimento da população, e de transição epidemiológica, de aumento das condições crônicas, em países desenvolvidos e da coexistência de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas e condições crônicas, nos países em desenvolvimento, e o modo como estão estruturados os sistemas de saúde, voltados às necessidades das populações (Mendes, 2011).

A Organização Pan-Americana da Saúde (Organización Panamericana de la Salud, 2010) resume e destaca as seguintes causas para a crise dos modelos assistenciais hegemônicos: a segmentação do sistema de saúde; a descentralização que fragmenta os níveis de atenção; o predomínio de programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas; a separação dos serviços de saúde pública dos serviços de atenção às pessoas; o modelo de atenção centrado na enfermidade, nos casos agudos e com ênfase na atenção hospitalar; as debilidades na coordenação pela autoridade sanitária; insuficiência e má distribuição dos recursos disponíveis e culturas organizacionais contrárias à integração.

Assim, a crise observada na área da Saúde pode ser explicada por um descompasso entre os arranjos estruturais e organizativos dos modelos de atenção diante da velocidade dessas transformações epidemiológicas e sociais, visto que para enfrentamento das condições crônicas ainda emprega-se as ferramentas disponíveis, que foram desenvolvidas para as condições agudas (Mendes, 2002b).

Faz-se necessário atentar-se ainda para o fato de que o incremento das chamadas doenças e agravos crônicos não transmissíveis – a carga de doença no Brasil, dentro da transição epidemiológica, pode ser considerado fruto da negligência dos órgãos responsáveis pela assistência a saúde, quando estes ignoram, e continuam a ignorar o uso de ferramentas da ciência epidemiológica para planejamento da agenda da saúde com ênfase em ações preventivas, visto que doenças e agravos crônicos não transmissíveis são passíveis de prevenção, com relevante baixo custo quando comparado ao tratamento (Malta et al., 2006; Araújo, 1992).

Neste sentido, podemos comparar os fatores formulados por Diamond para o colapso das sociedades, com os problemas que implicam na crise dos sistemas de saúde. Enquanto o autor elenca os danos ambientais como possíveis causas para o colapso, na área da saúde destacamos problemas estruturais e conjunturais, como o subfinanciamento do sistema, a desarticulação nas redes de atenção e a política de recursos humanos. Podemos comparar a mudança climática, com a transição demográfica e epidemiológica que vem ocorrendo de forma abrupta nos países em desenvolvimento e a carga de doenças associadas a essas mudanças. Comparando à vizinhança hostil também citada, podemos discorrer sobre a falta de articulação e horizontalidade nas ações intersetoriais, o isolamento dos níveis de atenção e a falta de suporte político e social da população. Por fim, a falta de corresponsabilidade e a baixa propensão do paciente às mudanças de comportamentos poderiam ser classificados como a resposta da sociedade para o enfrentamento de problemas.

Quadro 1: Comparação entre os possíveis fatores que podem levar a sociedade e o setor saúde ao colapso.

Colapso das Sociedades	Colapso do Setor Saúde
Danos ambientais	Subfinanciamento; Desarticulação das redes de atenção; Política de recursos humanos
Mudanças Climáticas	Transição demográfica e epidemiológica
Vizinhança Hostil	Falta de articulação e horizontalidade nas ações intersetoriais; Isolamento dos níveis de atenção; Falta de suporte político e social da população.
Resposta da sociedade para o enfrentamento de problemas.	Ausência de corresponsabilidade do paciente ao tratamento; Baixa propensão do paciente às mudanças de comportamentos

Fonte: Adaptado de Diamond, 2007.

Um exemplo prático deste descompasso são as consultas médicas e odontológicas na atenção primária, que são episódicas e reativas, pois foram organizadas para atender problemas agudos da população, e hoje, frente às doenças (e condições) crônicas, já não apresentam a mesma capacidade de benefício. Isto pode ser explicado pela organização dos serviços de saúde que foi desenvolvida no início do século XX, com forte influência do modelo biomédico e teoria bacteriológica de Pasteur e Koch, onde os agentes infecciosos e os mecanismos de transmissão explicavam o adoecimento. Com essa mudança de paradigma, a história social da doença perdeu espaço e os hospitais, aliado ao modelo biomédico hegemônico, apresentaram posição central na organização dos serviços de saúde (Campos, 2009).

Além disso, o manejo terapêutico para os pacientes crônicos é baseado na maioria das vezes pela avaliação de necessidades normativas, sem levar em conta as necessidades percebidas e propensão do paciente à mudanças de hábitos e comportamentos, acarretando em um tratamento prescritivo, dissociado da realidade e anseios do usuário e, portanto, com baixa capacidade de benefício (Pinto, 2013). Assim, a assistência de saúde pública no país apresenta um panorama conflituoso, já que há predominância do modelo hegemônico biomédico e hospitalocêntrico, com a prática de campanhas ou programas para patologias específicas e, na base da pirâmide, o movimento para a reformulação da atenção primária à saúde, pautado

na Estratégia Saúde da Família (ESF), onde assistência multiprofissional, práticas alternativas, a responsabilização do sujeito e a intersetorialidade são entendidos como fundamentais (Bonfada et al., 2012).

3. Modelos de Sistemas de Saúde

Os Sistemas de Saúde podem ser divididos em sistemas fragmentados e de rede de atenção à saúde.

3.1 Sistema Fragmentado (Modelo hierárquico de atenção à saúde)

Os sistemas de atenção à saúde fragmentados são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados em que não há comunicação entre os níveis de atenção sendo, portanto, incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização, o que impossibilita a gestão baseada na população. Nesses sistemas, a atenção primária à saúde não é a coordenadora do cuidado e os profissionais não conseguem exercer a linha de cuidado integral com o paciente. As unidades de pronto atendimento, ambulatorial e hospitalar têm por objetivo atender a demanda espontânea e realizar intervenções curativas e reabilitadoras. O modelo é médico assistencial privatista e o usuário é passivo no seu tratamento (Mendes, 2011).

No sistema fragmentado existe uma forma de organização hierárquica, com níveis de complexidade de atenção crescentes, fazendo a atenção básica parecer menos complexa do que os outros níveis de atenção, que utilizam maiores densidades tecnológicas (Figura.1).

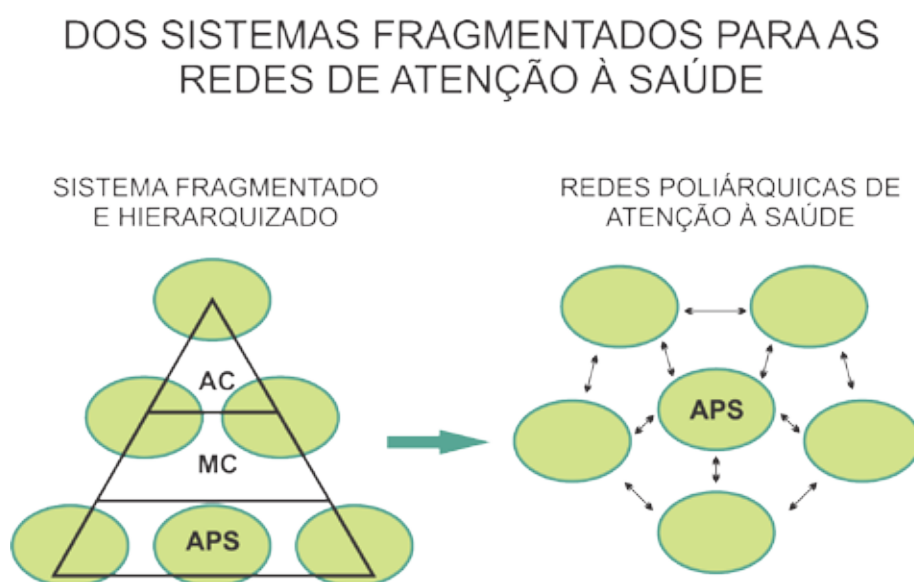


Figura 1: Apresentação da mudança do modelo de sistema hierárquico em formato de pirâmide, para o modelo de sistema poliárquico, em uma rede horizontal integrada, organizada a partir de um centro de comunicação, a atenção primária à saúde, representada pelo círculo central.

Fonte: Mendes, 2011.

3.2 Redes de Atenção (Modelo Poliárquico de atenção à saúde)

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua, integral e humanizada a população.

Nas redes de atenção à saúde os níveis de atenção se relacionam horizontalmente e implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário, gerando uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas, sendo a atenção primária à saúde a coordenadora deste cuidado (Mendes, 2011).

As redes de atenção à saúde podem ser organizadas de forma a concentrar alguns tipos de serviços e dispersar outros. Desta forma, os serviços de atenção primária à saúde podem ser dispersos (bairros e municípios) e os serviços de densidade tecnológica maior podem ser concentrados (maiores centros urbanos), facilitando assim a organização e distribuição de acordo com as necessidades epidemiológicas e demográficas de cada localidade (OMS, 2010).

Uma proposta de solução para o problema fundamental do SUS consiste em restabelecer a coerência entre a situação de saúde atual, com predominância das condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde, através da mudança do sistema fragmentado vigente para as redes de atenção à saúde (Mendes, 2012).

4. Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante da organização da atenção

A Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS) pode ser denominada como o eixo estruturante da atenção à saúde, sendo uma estratégia de organização e de reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde (Starfield, 2002).

Atualmente é evidente seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde, tendo o Brasil alcançado reconhecimento internacional pela implantação bem-sucedida da Estratégia Saúde da Família (Gondim et al., 2011).

Para Starfield (2002), a Atenção Primária em Saúde, apesar de ser o primeiro nível de atenção, tem como função a organização e integração das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde nas redes de atenção à saúde. Deve garantir a coordenação e a continuidade do cuidado, tendo como atribuições: a garantia de acesso, a porta de entrada, a longitudinalidade, o elenco integral de serviços, a coordenação de serviços e o enfoque familiar e a orientação da comunidade.

Porém, esta forma de organização em que a oferta de serviços é hierarquizada em três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), não consegue abranger as necessidades da atenção integral à saúde, por ser focada em recortes populacionais de acordo com seus agravos. Percebe-se então, a fragmentação da atenção e descontinuidade da assistência, gerando baixa resolutividade dos primeiros níveis de atenção e dificuldade de acesso aos níveis de maior complexidade. A estruturação da assistência à saúde em especialidades, efetivada por meio de procedimentos de média e de alta complexidade, possibilita a ocorrência de estrangulamentos na rede de serviços de saúde (Gondim et al., 2011).

Essa fragmentação da atenção e a responsabilização clínica insuficiente são reflexos do modo de organizar o trabalho e os processos de decisão nos serviços de saúde, sendo que os serviços somente se responsabilizam pelos usuários enquanto estão dentro de seu espaço físico (Cunha e Campos, 2011).

Diante do exposto observa-se a necessidade de ampliação da visão sobre os determinantes dos problemas de saúde e discussões sobre a prática de uma clínica ampliada para a construção de novos modos de produção em saúde (Campos e Guerrero, 2008), sendo que a Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser um local privilegiado para a construção de estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde da população (Matsuda, 2008).

A definição de Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS), segundo a Organização Mundial da Saúde abrange: "A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas e constituindo primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (WHO, 1978).

A seguir, serão apresentados exemplos de ferramentas que vem sendo incorporadas na organização da Atenção à Saúde: clínica ampliada, gestão da clínica, autocuidado apoiado, gestão da condição de saúde, gestão de caso. E, ainda, a forma como essas ferramentas de gestão podem contribuir para um redirecionamento dos serviços ofertados diante das mudanças sociais e epidemiológicas do século XXI.

5. Ferramentas para organização da Atenção em Saúde

5.1. Clínica Ampliada

Novas concepções sobre o processo saúde/doença, através da ampliação dos determinantes de saúde para as relações naturais e sociais, remetem-nos ao desafio de repensar a prática clínica hegemônica, reconhecendo suas limitações, porém não negando sua contribuição na melhoria da qualidade de vida das pessoas (Carvalho e Cunha, 2009).

A Clínica Ampliada é um trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e seu contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, de sua família e de sua comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adesão da clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico, conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença (Brasil, 2006).

Neste sentido, a clínica ampliada propõe uma mudança das práticas atuais de saúde, que traduzem a excessiva ênfase no componente orgânico do processo saúde/doença, fazendo com que os profissionais foquem seu objeto de trabalho na doença e não nas pessoas doentes, o que gera um tipo de desresponsabilização para tudo que não seja a doença. A baixa adesão aos tratamentos, a existência de pacientes

poliqueixosos e a dependência dos usuários em relação aos serviços evidenciam os limites da prática clínica centrada na doença (Carvalho e Cunha, 2009).

Hoepfner (2010) destaca que: “a proposta da Clínica Ampliada surge na contramão das práticas tradicionalmente desenvolvidas de redução dos sujeitos, com recortes diagnósticos ou burocráticos. Vem com o propósito de ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, ao mesmo tempo reconhecendo e utilizando seu potencial de saberes, para relacionarem-se com os sujeitos enquanto protagonistas do seu próprio projeto terapêutico. Ela é um compromisso ético e radical com o sujeito doente, visto de modo singular em suas diferenças. A proposta então é a do trabalho em equipe para lidar com a complexidade dos Sujeitos e a multiplicidade de fatores envolvidos no processo do adoecer”.

Desta forma, a clínica que tem uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e que tem como objeto de ação sujeitos singulares, demanda um atendimento integral e a elaboração de projetos terapêuticos específicos, que objetivem qualificar as respostas às necessidades dos usuários (Carvalho e Cunha, 2009).

Campos tem divulgado a proposta de “cogestão da clínica”, que procura compartilhar as responsabilidades entre paciente/usuário, gestor/ organização e clínico/equipe visando obter condições mais favoráveis para a efetivação da clínica ampliada (Campos, 2003). Esta tem como fundamentos a valorização dos aspectos sociais e subjetivos, sendo mais adequada para enfrentar as singularidades presentes no trabalho em saúde. Nessa proposta, é dada ênfase à participação do paciente como sujeito do processo de cuidado à saúde. Para incorporação dos conceitos de gestão da clínica nas organizações de saúde, são utilizadas as estratégias de atuação multiprofissional em visitas clínicas; criação de equipes de referência para um conjunto de pacientes; elaboração de projetos terapêuticos singulares para casos e situações mais complexas, e matriciamento das equipes.

Há na atualidade a necessidade de incorporação de modelos inovadores de atenção, pela produção de tecnologias leves, relacionais, de modo a permitir que as equipes de saúde ampliem sua capacidade de lidar com as necessidades de saúde dos usuários, com a produção de um cuidado integral à saúde (Merhy et al., 2003). Para isso, a clínica deve ser ampliada, enriquecida por novos referenciais, desenvolvendo a corresponsabilidade dos usuários dentro da ótica do autocuidado.

Quadro 2: Caracterização do Modelo tradicional e Clínica Ampliada.

Modelo Tradicional
Baixa capacidade resolutive e poucos instrumentos para compreender e agir sobre os determinantes que interferem no processo saúde-doença;
Redução da complexidade dos problemas ambulatorio de consultas; Processo automatizado no cumprimento de tarefas;
Práticas centralizadas no profissional médico
Formação de equipes territoriais (visão territorial); formação de equipes multiprofissionais (olhar transdisciplinar);
Compreensão do sujeito em seu contexto e compromisso com o sujeito e não com a sua doença;
Constituição de redes de cuidado; articulação entre diferentes níveis do sistema;
Criação de vínculo entre profissionais e usuário

Fonte: Campos, 2009.

Curiosidade:

Assista aos vídeos:

<https://www.youtube.com/watch?v=pMM5B3A3XZY>

<https://www.youtube.com/watch?v=JUhOvLecyXo>

5.2. O Autocuidado Apoiado

O autocuidado apoiado pode ser explicado como o empoderamento das pessoas para assumirem responsabilidades por sua saúde e o autogerenciamento da atenção à saúde prestada (Mendes, 2012), através de ações preventivo-educativas e de intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde em gerenciar seus problemas. Isto inclui o monitoramento regular das condições de saúde, o estabelecimento de metas a serem alcançadas e o suporte para a solução desses problemas (Institute of Medicine, 2003). Seu foco principal está em apoiar as pessoas para que se tornem agentes produtores sociais de sua saúde.

Os principais objetivos do autocuidado apoiado são estimular as habilidades dos portadores de condições crônicas para conhecerem os seus problemas e escolherem seus tratamentos; para adotarem, mudarem e manterem comportamentos que contribuam para a sua saúde; para utilizarem os recursos necessários para o suporte às mudanças.

Nas condições crônicas, opera-se com uma combinação entre cuidados profissionais e autocuidado apoiado que varia segundo a estratificação de risco da condição de saúde. Há evidências de que 70 a 80% dos portadores de condições crônicas, os de menores riscos, podem ter sua atenção à saúde centrada no autocuidado apoiado, prescindindo de uma atenção constante, focada na atenção profissional. Em geral, essas pessoas interagem com as equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), com forte ênfase em apoiar as pessoas a se autocuidarem (Singh, 2005).

O autocuidado apoiado sustenta-se no princípio de que as pessoas portadoras de condições crônicas conhecem tanto quanto, ou mais, de sua condição e de suas necessidades de atenção, que os profissionais de saúde (Department of Health, 2005).

Há estudos que mostram que a atenção profissional aos portadores de condições crônicas consome poucas horas durante um ano. Um estudo do Departamento de Saúde do Reino Unido concluiu que o autocuidado apoiado diminui: 40% das consultas ao médico de APS; mais de 50% dos atendimentos de urgência; 50% das internações hospitalares; 50% da taxa de permanência em hospitais; 50% no absenteísmo no trabalho; e a utilização de medicamentos (Department of Health, 2005). Há evidências de que o autocuidado apoiado, aplicado na APS, permite obter resultados sanitários positivos e melhora na satisfação das pessoas usuárias (Barlow et al., 2001; Lorig et al., 2006).

Avaliando a experiência de implantação de um novo modelo de atenção em algumas UBS no município de Curitiba, Moysés evidenciou que boa parte das pessoas que frequenta as Unidades Básicas de Saúde se beneficia mais efetivamente caso participem continuamente de grupos colaborativos e apoiadores para o autocuidado, do que simplesmente realizando as consultas médicas individuais regulares (Moysés et al., 2013).

A atenção à saúde na ESF é fortemente centrada na atenção profissional e, dentro dela, no cuidado do médico, do cirurgião-dentista e do enfermeiro. Isso sobrecarrega a agenda desses profissionais e torna o sistema ineficiente pelo uso do sistema por usuários com riscos menores que poderiam estar com uma

atenção multiprofissional focada no autocuidado apoiado, com melhores resultados e com um uso mais eficiente dos recursos, como indicam alguns estudos já citados. A importância do Técnico em Saúde Bucal (TSB) na atenção odontológica em gestantes baseando-se no Autocuidado Apoiado foi comprovado por Faquim (Faquim et al., 2013), onde as ações educativas e preventivas são responsáveis pela resolutivez em mais de 70% dessa subpopulação. Para que o autocuidado se dê com efetividade, é necessário abandonar o paradigma de interações tradicionais e assumir um paradigma de interações colaborativas (Mendes, 2012).

A implantação dos princípios do autocuidado apoiado na rotina clínica determinará melhorias na qualidade da atenção e nos resultados sanitários e econômicos dentro dos sistemas de atenção em saúde.

Quadro 3: Objetivos do autocuidado apoiado na Atenção Primária

OBJETIVOS DO AUTOCUIDADO APOIADO
Empoderamento das pessoas para assumirem responsabilidades por sua saúde
Autogerenciamento da atenção à saúde prestada
Monitoramento regular das condições de saúde, suporte para a solução desses problemas
Estabelecimento de metas a serem alcançadas
Suporte para a solução dos problemas de saúde

Fonte: Adaptado de Mendes, 2012.

5.3 Gestão da Clínica

A gestão da clínica pode ser conceituada como um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, construído com base em evidências científicas e destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas usuárias e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada (Mendes, 2011). Incorpora a educação permanente dos profissionais de saúde, a gestão dos riscos da atenção e uma visão contemporânea de auditoria clínica, intimamente vinculada a uma cultura de qualidade dos serviços de saúde.

A gestão da clínica constitui-se das tecnologias sanitárias que partem das diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenvolver as tecnologias de gestão da condição de saúde e da de gestão de caso.

O processo de desenvolvimento das diretrizes clínicas deve ser encarado, não como um processo linear, mas como um ciclo de atividades interdependentes que envolve a elaboração, a implantação, a avaliação e a revisão das diretrizes clínicas, a educação permanente, a acreditação dos serviços de saúde, a avaliação tecnológica em saúde e a auditoria clínica (Mendes, 2011). As diretrizes clínicas são imprescindíveis para a gestão da clínica e devem ser vistas, não como trilhos, mas como trilhas para uma atenção à saúde efetiva e de qualidade. Seus objetivos são: melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias; padronizar as condutas clínicas reduzindo a complexidade da atenção à saúde; melhorar a qualidade

da atenção à saúde provendo serviços efetivos, eficientes e seguros, segundo as evidências científicas; diminuir as variações não desejadas na prestação de serviços de saúde; aumentar a satisfação das pessoas usuárias; definir parâmetros de programação de base populacional; servir de base para a definição das tecnologias de gestão da clínica; facilitar o desenho de processos de educação permanente; e identificar áreas de investigação e de desenvolvimento (Campbell et al., 1998). Todo o processo de cuidado das condições crônicas na ESF deve ser sustentado por diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas.

Em geral, o processo de priorização das condições de saúde envolve: as condições de saúde consideradas como prioritárias nas políticas de saúde; as áreas de incerteza clínica; as condições para as quais existam intervenções efetivas que podem reduzir a mortalidade e a morbidade; as condições iatrogênicas e as necessidades percebidas por diferentes atores sociais da saúde para uma determinada diretriz clínica (Harbour, 2008).

Estudos mostraram que a introdução das diretrizes clínicas pela educação, baseada em problemas, teve impacto favorável em programas de controle de asma e de diabetes (Feder et al., 1995), e que a incorporação das diretrizes clínicas em prontuários eletrônicos aumentou a adesão de médicos da APS a essas diretrizes clínicas (Ruoff, 2002). Uma revisão sistemática realizada com base em duas outras revisões, cinco ensaios clínicos randomizados e três estudos avaliativos de utilização de diretrizes clínicas nas condições crônicas verificou que métodos educacionais ativos e focados encorajam os profissionais de saúde a seguir essas diretrizes (Singh, 2005).

Quadro 4: Tecnologias de Gestão da Clínica

Gestão da clínica
- Diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas
- Gestão da condição de saúde
- Gestão de caso
- Gestão de risco

Fonte: Adaptado de Mendes, 2011.

Curiosidade

Assista ao vídeo:

<https://www.youtube.com/watch?v=Sg5imaPaKWk>

5.4 Gestão da Condição de Saúde

A gestão da condição de saúde pode ser definida como o processo de gerenciamento de fatores de risco biopsicológicos (dislipidemia, hipertensão arterial, depressão, diabetes e outros) em relação às condições crônicas estabelecidas (gravidez, puericultura, diabetes, asma, doença coronariana e outras),

por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos e de reduzir os riscos para os profissionais e para as pessoas usuárias, contribuindo para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde (Mendes, 2012).

A gestão da condição de saúde estrutura-se em quatro grandes componentes: o plano de cuidado, a gestão dos riscos da atenção à saúde, as mudanças de comportamento de profissionais de saúde e de pessoas usuárias e a programação da atenção à saúde (Mendes, 2012). A gestão da condição de saúde tem sido considerada uma mudança radical na abordagem clínica, porque ela se move de um modelo de um profissional de saúde individual, que responde a um doente por meio de procedimentos curativos e reabilitadores para uma abordagem baseada numa população adscrita, em que os fatores de risco são enfrentados por meio de estratégias focadas na estratificação de riscos e na atenção baseada na população.

O Programa Mãe Curitibana, lançado em 1999, é um bom exemplo de melhoria de eficiência da atenção baseada na construção de uma rede integrada de serviços, com foco na estratificação de risco e na vinculação do usuário ao sistema de saúde na cidade, atuação sobre fatores de risco comuns e a identificação de grupos vulneráveis para atenção priorizada (Moysés et al., 2013).

5.5 A Gestão de Caso

A gestão de caso (*case management*) é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte social para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar (Mendes, 2012).

A gestão de caso persegue vários objetivos: advogar as necessidades das pessoas usuárias e de suas famílias; aumentar a satisfação das pessoas usuárias e de suas famílias; estimular a adesão aos cuidados prescritos nas diretrizes clínicas; ajustar as necessidades de saúde aos serviços providos; assegurar a continuidade do cuidado na RAS; reduzir os efeitos adversos das intervenções médicas; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, as pessoas usuárias dos serviços e suas famílias; melhorar a comunicação e a colaboração na equipe de profissionais de saúde; incrementar a qualidade de vida, autonomia e independência das pessoas; estimular o autocuidado; monitorar os planos de tratamento, a reabilitação e as ações paliativas; e avaliar as altas de serviços e prevenir as internações sociais.

A gestão de caso deriva, em grande parte, da Lei da Concentração da Severidade das Condições de Saúde e dos Gastos com Serviços de Saúde, formulada por Roos, Shapiro e Tate (Roos et al., 1989). Este estudo preconiza que “uma pequena minoria de portadores de condições de saúde muito complexas é responsável por uma grande maioria dos gastos de atenção à saúde. Esse padrão tem sido encontrado em todos os grupos de idade e tem se mostrado consistente ao longo do tempo”. Essa afirmativa sustenta que os doentes mais graves e mais custosos são poucos na população geral. Mais importante, essas pessoas são as que mais sofrem. Por consequência, uma atenção especial e singular deve ser dada a esses portadores de condições de saúde muito complexas, não só por problemas de custos, mas, sobretudo, por razões sanitárias e humanitárias. Os portadores de condições crônicas muito complexas, elegíveis para a gestão de caso, podem variar de 1% a 3% ou de 1% a 5% (Mendes, 2012). Pesquisa realizada na Unimed de Minas Gerais mostrou que 10% de seus clientes concentraram 65,7% dos gastos totais dessa operadora de planos de saúde em 2006 (Oliveira et al., 2008).

As pessoas que necessitam da gestão de caso, em geral, são aquelas que apresentam condições crônicas muito complexas, como as portadoras de comorbidades; as que utilizam polifarmácia; as que apresentam problemas de alta dos serviços; as que apresentam baixa adesão ao tratamento prescrito; as que são atingidas por danos catastróficos; as que são desprovidas de condições para o autocuidado; as que apresentam graves problemas familiares e vulnerabilidade social; e as que são desprovidas de redes de suporte social. Algumas indicações adicionais podem ser feitas: as pessoas que vivem só; os idosos frágeis; as pessoas com readmissões hospitalares sucessivas; as pessoas portadoras de distúrbios mentais graves; as pessoas que apresentam evidências de algum tipo de abuso; os moradores em situação de rua; e as pessoas em estágio de pobreza extrema.

Resultados positivos da gestão de caso já são reconhecidos: evita problemas potenciais com a adoção de medidas preventivas; evita os casos de urgência por agudização da condição crônica; diminui as hospitalizações desnecessárias; evita as internações sociais; provê um contato duradouro e humano com as pessoas; e monitora as intervenções médicas, reduzindo os eventos adversos. Evidências de boa qualidade mostram que a gestão de caso apresenta resultados sanitários e econômicos positivos quando utilizada na APS (Fitzgerald et al., 1994; Ferguson e Weinberger, 1998; Gensichen et al., 2011).

Apesar de todas as evidências coletadas internacionalmente sobre os benefícios da gestão de caso, essa tecnologia de gestão da clínica não é utilizada, significativamente, na Atenção Primária. Essa é uma das maiores questões que se coloca para a adequação da ESF para responder ao desafio das condições crônicas (González et al., 2003). As pessoas que mais sofrem e que implicam maiores gastos, sem a gestão de caso, não terão uma abordagem humanizada, resolutiva e eficiente.

A incorporação progressiva de outras categorias profissionais como nutricionistas, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos, educadores físicos, psicólogos, fisioterapeutas na gestão dos casos de maior complexidade garantem uma retaguarda essencial para a qualificação da atenção e para a estruturação de um modelo de atenção às condições crônicas nas Unidades Básicas de Saúde.

Após mostrar algumas ferramentas de tecnologia do cuidado que podem ser aplicadas na organização da atenção em saúde, descreveremos uma aplicação prática de algumas dessas ferramentas numa experiência de reorganização do atendimento odontológico numa Unidade de Saúde da Família localizada na região sul de São Paulo, SP. A experiência descrita a seguir apresenta um modelo de atendimento integrado e contínuo (AIC) em crianças de 0 a 6 anos e seus pais, desenvolvido pela ESB da UBS Paraisópolis I.

6. Experiência: Projeto Geração Sem Cárie (PGSC)

Esse projeto foi idealizado pela Equipe de Saúde Bucal da UBS Paraisópolis I para a introdução do conceito do Atendimento Integrado e Contínuo (AIC). O AIC é a adaptação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) (Mendes, 2012) na Atenção em Saúde Bucal. Seu papel é fundamental para garantir a introdução das novas tecnologias de gestão da condição de saúde, de gestão de caso e de gestão da clínica, propostas por meio de diretrizes clínicas, baseadas nas melhores evidências disponíveis. A escolha inicial por crianças em idade pré-escolar deve-se a baixa cobertura da atenção odontológica nessa faixa etária. Além disso, ações nessa idade trazem relação de continuidade com as ativida-

des educativas e preventivas realizadas durante a gestação. A criação e planejamento do PGSC teve início no primeiro semestre de 2015 através de reuniões entre a equipe para o desenho do fluxograma de atendimento de crianças de 0 a 6 anos do território. O objetivo desse programa foi ampliar o acesso de crianças de idade pré-escolar e seus responsáveis para o atendimento odontológico através do AIC, sob a ótica da clínica ampliada (atuação transdisciplinar, abordagem individual e coletiva, ações preventivas e procedimentos clínicos direcionados para a prevenção), seguindo a metodologia dos 5 A do Autocuidado Apoiado (Avaliação, Acordo, Aconselhamento, Assistência, Acompanhamento) e as ferramentas de Gestão da Clínica (Diretrizes clínicas, Gestão da Condição de Saúde, Gestão de Caso).

Para isso, foi desenvolvido um cronograma de atendimento durante o ano. Os períodos de janeiro a maio e de julho a novembro são destinados à convocação de todas as crianças em idade pré-escolar da área adscrita pela UBS Paraisópolis I, avaliação de necessidades e atenção odontológica. Os meses de junho e dezembro são reservados para planejamento, análise de dados e ajustes no programa, se necessário. O objetivo é oferecer acesso a todas as crianças adscritas no período de 5 meses, sendo os períodos prospectivos para consultas de acompanhamento e incorporação de novas crianças ao programa.

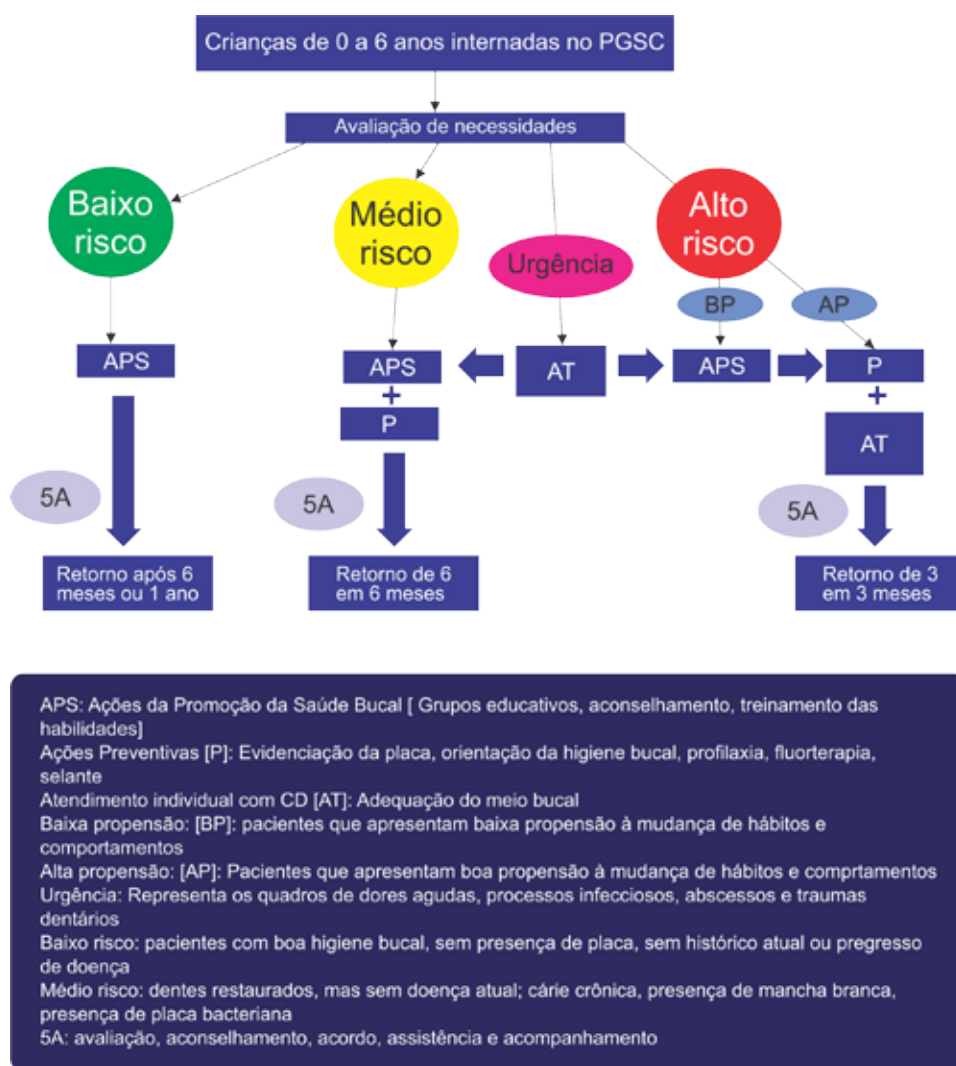


Figura 2: Fluxograma de atendimento odontológico em crianças de 0 a 6 anos (UBS Paraisópolis I, São Paulo, 2015).
 Fonte: Comunicação pessoal dos profissionais da UBS Paraisópolis I

O tipo de atendimento realizado e a periodicidade dos retornos são condicionados pela avaliação de necessidades, estratificação de risco e propensão da família ao tratamento. Para isso, foi desenvolvido o fluxograma do PGSC (Figura 2). Os pacientes classificados como de baixo e médio risco são conduzidos ao atendimento centrado no Autocuidado Apoiado (5A) e atendimento realizado pela equipe auxiliar, e com consultas de acompanhamento mais espaçadas. As crianças com alto risco tem seu tratamento centrado no atendimento profissional realizado pelo Cirurgião-Dentista e conduzido ao fluxo do Autocuidado Apoiado, com maior frequência de consultas de acompanhamento (consultas trimestrais).

Crianças que apresentam condições de alto risco são acompanhadas pela tecnologia da gestão de condição de saúde e com ênfase relativa nos cuidados profissionais; e crianças que são portadoras de condições de baixo e médio riscos e que apresentam boa propensão para se manterem controladas, são atendidas pela tecnologia de gestão da condição de saúde, mas com base no autocuidado apoiado.

Em crianças menores de 1 ano, foram elencados como critérios para a estratificação de risco (baixo, médio e alto) o grau de escolaridade e a avaliação de risco da mãe para doenças bucais.

O programa ocupa 4 horas semanais da agenda de cada ESB, correspondendo a 10% da carga horária, dividido em 2 encontros semanais de 2 horas. Exemplo: Terças-feiras das 13 às 15 h e quintas-feiras das 10 às 12 h. Em cada encontro a equipe recebe crianças de 0 a 6 anos de 50 famílias de 2 microáreas (Exemplo: crianças correspondentes às famílias de 1 a 50 das microáreas 1 das equipes amarela e dourada). No mês seguinte, as próximas famílias convocadas serão de 51 a 100, e assim sucessivamente, até completar o ciclo de 5 meses. Vale lembrar, que na UBS Paraisópolis I a proporção de ESF para ESB é de 2:1.

Nesses encontros, baseados no AIC, são realizadas orientações sobre o objetivo do programa, cuidados em saúde bucal e avaliação de necessidades. Após essa avaliação as crianças passam por um fluxo de atendimento conforme seu grau de risco. Essa estratificação de risco é importante para um melhor direcionamento e organização dos serviços odontológicos, permitindo uma melhor otimização do tempo, aumento de cobertura e fortalecimento de equidade. Após os primeiros 5 encontros, os próximos encontros do mês serão destinados às atividades educativas, reforço da técnica de escovação, ações preventivas e atendimento individual, conforme estratificação de risco.

Essa estratificação foi baseada na avaliação de risco para cárie dentária do Estado de São Paulo, com algumas adaptações. O Risco B, considerado de Baixo Risco foi classificado como de Médio Risco em nosso programa, pois entendemos que um acesso prévio ao tratamento restaurador não é garantia de controle dos fatores de risco relacionados à doença.

O PGSC tem como característica o acompanhamento e monitoramento das crianças em idade pré-escolar, com enfoque preventivo, para a incorporação de hábitos mais saudáveis através de uma abordagem transdisciplinar, aproximando os demais profissionais da ESF para a identificação de fatores de risco comuns. Para o sucesso do modelo de cuidado, o projeto deve basear-se em alguns princípios:

- Decisões baseadas em evidências: O planejamento dos serviços e o gerenciamento clínico das condições bucais devem ser baseados em evidências científicas.
- Enfoque na Promoção e na Prevenção: Aumento relativo das atividades preventivas e promotoras de saúde, baseando-se em estratégias populacionais direcionadas e abordagem dos fatores de risco comuns.
- Enfoque na qualidade, eficiência e efetividade: Deve garantir a utilização adequada de recursos e maior resolutividade. Deve causar impacto positivo nos níveis de saúde da população, reduzindo procedimentos mais caros e complexos e diminuindo custos.

- Garantia da equidade: Através da estratificação de risco e identificação de grupos mais vulneráveis.

Quadro 5: Roteiro de elaboração do PGSC

Identificação do projeto	Projeto de acompanhamento e monitoramento de crianças de 0 a 6 anos, através do Atendimento Integrado e Contínuo (AIC)
Diagnóstico Situacional	- Lacuna entre a atenção odontológica em gestantes e em crianças em idade escolar; - Atendimento odontológico em crianças centrado em consultas episódicas, reativas e baseadas em queixa-conduta; - Ausência de ações educativo-preventivas nessa faixa etária.
Objetivo Geral	Redução da cárie dentária em crianças de 0 a 6 anos.
Objetivos Específicos	- Aumento do acesso de crianças ao atendimento odontológico; - Redução de procedimentos invasivos e aumento de ações preventivas; - Melhor monitoramento das doenças bucais; - Aumento da eficiência, qualidade e efetividade dos serviços odontológicos.
Estratégias Operacionais	- Estratégia populacional direcionada; - Abordagem dos fatores de risco comuns; - Estratificação de risco; - Autocuidado apoiado; - Gestão da clínica, gestão da condição de saúde, gestão de caso.
Resultados esperados (Metas)	- Melhora da qualidade no cuidado; - Aumento das ações preventivas; - Melhora dos indicadores.

Fonte: Roteiro baseado no capítulo “Planejamento” do livro “Saúde Bucal Coletiva” (Pinto, 2013).

Uma mudança brusca no modelo de atenção pode trazer muito mais problemas do que benefícios em curto prazo. Portanto, qualquer intervenção no processo de trabalho deve ser implantada inicialmente de forma experimental, com a criação de metas e ferramentas de avaliação dos objetivos propostos.

Em resultados preliminares, a mudança do modelo de cuidado ocupando apenas 10% da agenda programada (4 horas), apresentou um aumento de acesso de 25% ao subgrupo de crianças, com incremento das ações preventivas e promotoras da saúde, diminuição de procedimentos invasivos, otimização do tempo e do processo de trabalho e redução do número de consultas por paciente.

7. Considerações Finais

Os obstáculos estruturais e conjunturais que dificultam a efetivação plena dos princípios do SUS, tais como o baixo financiamento público, as contradições entre as políticas de formação e educação em saúde, o descompasso entre oferta e demanda e os problemas não resolvidos de gestão e regulação públicas na saúde, constituem desafios importantes que devem ser considerados na reformulação dos ser-

viços em saúde. A implementação de modelos de gestão e de atenção à saúde deve trazer à APS a função de coordenar o cuidado e ordenar as redes de atenção.

Para isso, iniciativas de reorientação do cuidado, através da gestão da clínica e gerenciamento dos agravos em saúde, objetivando o manejo das condições crônicas, são ferramentas imprescindíveis no enfrentamento dos problemas provenientes da nova e futura conjuntura política, social e epidemiológica.

8. REFERÊNCIAS

- Barlow JH, Williams B, Wright CC. Patient education for people with arthritis in rural communities: the UK experience. *Patient Educ Couns*. 2001; 44(3): 205-14.
- Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araujo DP, Guimarães J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(2): 555-60.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteus M. Integrated care pathways. *BMJ*. 1998; 316(7125): 133-7.
- Campos GWS. *Saúde paideia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
- Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.
- Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2009. 871p.
- Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2009.
- Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc*. 2011; 20(4): 961-70.
- Diamond J. *Colapso: como as sociedades escolhem o fracasso ou o sucesso*. 5. ed. Rio de Janeiro: Record; 2007.
- Department of Health. *Self care support: a compendium of practical examples across the whole system of health and social care* [internet]. London: Department of Health; 2005 [acesso 2015 jun 06]. Disponível em: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20061023110946/dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh_4104389
- Faquim JPS, Barbieri W, Frazão P. *O técnico em saúde bucal no cuidado da gestante*. Uberlândia: Ed. dos Autores; 2013.
- Feder G, Griffiths C, Hiton C, Eldridge S, Spence M, Southgate L. Do clinical guidelines introduced with practice based education improve care of asthmatic and diabetic patients? A randomized controlled trial in general practices in East London. *BMJ*. 1995; 311(7018): 1473-8.
- Ferguson JA, Weinberger M. Case management programs in primary care. *J Gen Intern Med*. 1998; 13(2): 123-6.
- Fitzgerald JF, Smith DM, Martin DK, Freedman JA, Katz BP. A case manager intervention to reduce readmissions. *Arch Intern Med*. 1994; 154(15): 1721-9.

- Gensichen J, Guthlin C, Kleppelb V, Jager C, Mergenthalb K, Gerlach FM, et al. Practice-based depression case management in primary care: a qualitative study on family doctors perspectives. *Fam Pract.* 2011; 28(5): 565-71.
- Gondim R, Bomfim RLD, Graboio V, Campos CEA, Gribel EB. Organização da atenção. In: Gondim R, Graboio V, Mendes Junior WV, organizadores. *Qualificação dos gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/EAD; 2011. p. 93-120.
- González RIC, Casarin SNA, Caliri MHL, Sassaki CM, Monroe AA, Villa TCS. Gerencia de caso: un nuevo enfoque en el cuidado a la salud. *Rev Latinoam Enferm.* 2003; 11(2): 227-31.
- Harbour RT, editor. *Sign 50: a guideline developer's handbook*. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2008.
- Hoepfner AMS. A clínica do sofrimento ético-político como uma proposta de intervenção na clínica ampliada e compartilhada. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cadernos HumanizaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. v.2, p.75-91.
- Institute of Medicine. *Priority areas for national action: transforming health care quality*. Washington: The National Academies Press; 2003.
- Lorig K, Holman HR, Sobel D, Laurent D, González V, Minor M. *Living a healthy life with chronic condition: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others*. 3. ed. Boulder: Bull Publishing Company; 2006.
- Malta DC, Cezário AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde.* 2006; 15(1): 47- 65.
- Matsuda A. Prática de saúde coletiva na atenção primária à saúde. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p.179-205.
- Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549p.
- Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
- Mendes EV. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002b. 176p.
- Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rimoli J. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003.
- Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ, organizadores. *Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS alvoreada em Curitiba, Paraná*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2013.
- Oliveira PJ, Campos EF, Gontijo MCF. Programa de desenvolvimento da saúde. In: Campos EF, Gontijo MCF, Oliveira PJ, Chaves SR, organizadores. *Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Ed. Federação Minas; 2008.
- Organización Panamericana de la Salud. *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington: OPS; 2010.
- Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. 6. ed. São Paulo: Santos; 2013. cap.2.
- Roos NP, Shapiro E, Tate R. Does a small minority of elderly account for a majority of health care expenditures? A sixteen-year perspective *Milbank Q.* 1989; 67(3/4): 347-69.
- Ruoff G. Effects of flow sheet implementation on physician performance in the management of asthmatic patients. *Fam Med.* 2002; 34(7): 514-7.
- Singh D. *Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions*. Birmingham: University of Birmingham, Health Services Management Centre; 2005.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.

World Health Organization. Primary health care. Geneva: WHO; 1978.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Andrade CR, Chor D, Faerstein E, Griep RH, Lopes CS, Fonseca MJM. Apoio social e autoexame das mamas no estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2): 379-86.
- Araújo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. *Inf Epidemiol SUS*. 1992; 1(2): 6-15.
- Bodenheimer T, Grumbach K. Improving primary care: strategies and tools for a better practice. New York: Lange Medical Books; 2007.
- Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p.132-53.
- Colin-Thome D, expositor. O princípio da integralidade. In: *Seminário Internacional 20 anos SUS*; 2008 out 29-31; São Paulo, SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2008.
- Dawson B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1964. Publicación Científica, 93.
- Feuerwerker LM. Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field: nothing is indifferent in the struggle for the consolidation Brazil's single healthcare system. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(18): 489-506.
- Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R, Sepúlveda J, et al. La transición epidemiológica en América Latina. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1991; 111(6): 458-96.
- Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2): 490-8.
- Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª. edição (CIAP-2) [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2009.
- Hart JT. Rules of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workloads and prescribing costs in primary care. *Br J Gen Pract*. 1992; 42(356): 116-9.
- Horner SD. Using the open airways curriculum to improve self-care for third grade children with asthma. *J Sch Health*. 1998; 68(8): 329-33.
- Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, et al. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. *Rev Bras Educ Méd*. 2009; 33(1): 122-33.
- LeFort SM. A test of Braden's self-help model in adults with chronic pain. *J Nurs Scholarship*. 2000; 32(2): 153-60.
- Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (Part I). *Health Promot Pract*. 2005; 6(1): 37-43.
- Mendes EV. A atenção primária no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002a.
- Mendes EV. A natureza complexa da demanda na atenção primária à saúde. In: Mendes EV. *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília: CONASS; 2015. p.48-68

- Mesters I, Meertens R, Kok G, Parcel GS. Effectiveness of a multidisciplinary education protocol in children with asthma (0-4 years) in primary health care. *J Asthma*. 1994; 31(5): 347-59.
- Ostbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann. Fam Med*. 2005; 3(3): 209-14.
- Richards A, Barkham M, Cahill J, Richards D, Williams C, Heywood P. PHASE: a randomized, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioral therapy in primary care. *Br J Gen Pract*. 2003; 53(495): 764-70.
- Roemer M. National health systems of the world: the issues. New York: Oxford University Press; 1993. v.2
- Sampaio LFR, Mendonça CS, Lermen Júnior N. Atenção primária à saúde no Brasil. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 28-41.
- Schaefer J, Miler D, Goldstein M, Simmons L. Partnering in self-management support: a toolkit for clinicians. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2009.
- Shilts MK, Horowitz M, Townsend MS. Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: a review of the literature. *Am J Health Promot*. 2004; 19(2): 81-93.
- Silva SF. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec; 2001.
- Siminerio LM, Piatt G, Zgibor JC. Implementing the chronic care model for improvements in diabetes care and education in a rural primary care practice. *Diabetes Educ*. 2005; 31(2): 225-34.
- Steinweg KK, Killingsworth RE, Nannini RJ, Spayde J. The impact on a health care system of a program to facilitate self-care. *Mil Med*. 1998; 163(3): 139-44.
- Takeda S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
- Tschopp JM, Frey JG, Pernet R, Burrus C, Jordan B, Morin A, et al. Bronchial asthma and self-management education: implementation of guidelines by an interdisciplinary programme in health network. *Swiss Med. Wkly*. 2002; 132(7/8): 92-7.
- Yarnal KS, Krause K, Pollack M, Gradison M, Michener J. Family physicians as team leaders: time to share the care. *Prev Chronic Dis*. 2009; 6(2): A59.

CAPÍTULO 8 – ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA EM SAÚDE

Autores:

Beatriz Azeredo Pacheco Bartalotti

Cirurgiã-dentista da Prefeitura de Sorocaba/ SP e Alumínio/ SP

Especialista Saúde da Família – UNIFESP

Mestranda Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

João Peres Neto

Cirurgião-dentista, Coordenador Saúde Bucal – Ubirajara/ SP

Especialista Saúde da Família – UNIFESP

Mestrando Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Antonio Carlos Pereira

Mestre e Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP

Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos

Organizar a demanda dos serviços de saúde deve ser uma busca constante, por parte dos gestores e profissionais da área, pois a dinâmica das populações exige tal postura, quer no campo epidemiológico, demográfico e social. Os serviços devem se adequar às necessidades, de tal maneira que o princípio da equidade, entendida como uma forma de dirimir as iniquidades em saúde, se faça presente e a demanda atendida em suas reais necessidades da maneira mais organizada e justa possível.

Conteúdo Programático

- Considerações iniciais
- Condições de saúde
- Redes de Atenção e Modelos de atenção
- Modelos de Atenção para Condições Agudas
- Modelos de Atenção para Condições Crônicas
- Atenção Não Programada e Atenção Programada
- Referências

Leitura Obrigatória

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549p. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Cadernos de Atenção Básica, nº 28.

Leitura Complementar

Santana ML. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhagaba. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2011; 6(19): 133-41.

Albuquerque MSV, Lima LP, Costa AM, Melo Filho DA. Regulação assistencial no Recife: possibilidade e limites na promoção do acesso. Saúde Soc. 2013; 22(1): 223-36.

Atividades

Como forma de consolidar o conhecimento, propõe-se a leitura do artigo abaixo citado e preparo de uma síntese de no máximo 2 páginas sobre o artigo: Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev Saúde Pública. 2012; 46(Supl 1): 126-34.

Procure saber e faça uma descrição de como sua cidade trabalha a questão da organização da demanda na Atenção Primária em Saúde

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde.

O conceito de condição de saúde é fundamental na atenção à saúde porque, só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento a ela (Mendes, 2011).

O mundo e o Brasil apresentam um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição das condições de saúde, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas. Ou seja, manifesta-se, universalmente, o fenômeno da transição epidemiológica. A emergência de uma situação de condições de saúde, com forte predomínio relativo de condições crônicas, convoca mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde (Mendes, 2011).

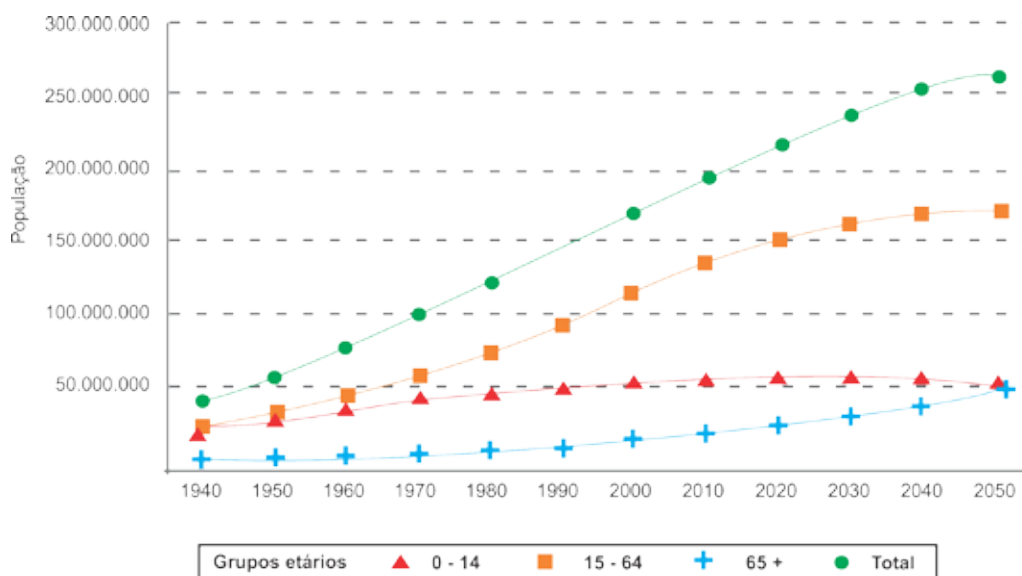


Gráfico 1. População Total segundo grandes grupos etários no Brasil, 1940 a 2050
Fonte: Brito (2007), citado por Mendes (2011)

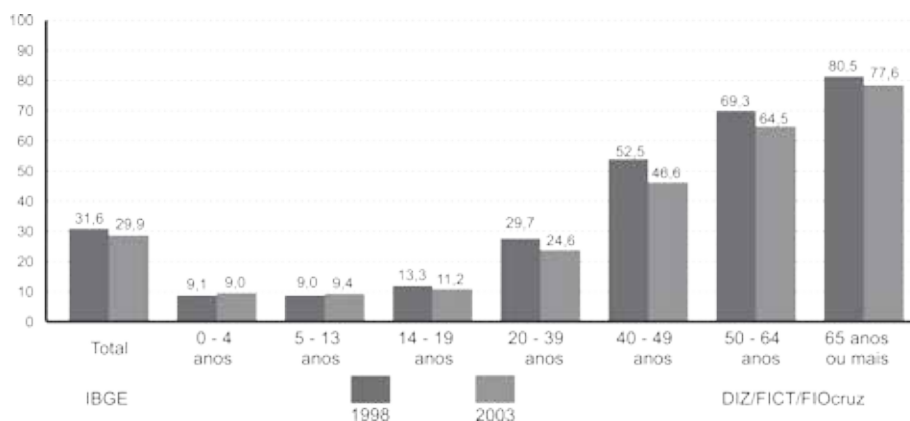


Gráfico 2. Proporção de pessoas que referiram ser portadoras de doenças crônicas por idade. Brasil, 1998 a 2003.
Fonte: Travessos et al. (2005), citado por Mendes (2011)

Hoje, o desafio é superar o modelo biomédico que vê o indivíduo e organiza o cuidado de maneira fragmentada, propondo inovações e um novo olhar aos indivíduos dentro da atenção à saúde no SUS. O modelo de atenção atualmente proposto pelo SUS preconiza uma contraposição ao modelo vigente, que ainda se mantém centrado na doença e, em especial, no atendimento a demanda espontânea, ou seja, meramente reativo perante uma determinada situação, o que não responde plenamente as demandas desse cenário de transição (Brasil, 2014b).

Em 28 de junho de 2011, com a publicação do Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dá-se grande avanço para a construção das Redes de Atenção Saúde (RAS) nas regiões de Saúde, que se fundamenta na compreensão da Atenção Básica à Saúde como primeiro nível de atenção, a partir do qual se realiza e coordena o cuidado nos demais pontos da rede, de tal forma que modelos de atenção à saúde, que respondam as condições agudas e as condições crônicas, devem se estruturar nas redes de atenção de forma que busquem as melhores estratégias de ação e alcancem os melhores resultados e, uma dessas maneiras, é estruturar-se de modo a atender a atenção programada e a não programada.

A atenção programada é o tipo de atenção que se deve aplicar às condições crônicas, ofertada sem a presença e o “barulho” do evento agudo e agendada previamente, em intervalos regulares e previsíveis (Improving Chronic Illness Care, 2008). As condições agudas e os eventos agudos das condições crônicas devem ser respondidos por meio da atenção não programada porque, em geral, não é possível prever quando uma condição aguda vai ocorrer. Por isso, é inerente as condições e aos eventos agudos uma resposta não programada. É isso que justifica os pontos de atenção à saúde de uma rede de atenção às urgências e às emergências, além é claro da Atenção Básica e demais serviços estarem aptos a atender esses eventos.

2. CONDIÇÕES DE SAÚDE

Na perspectiva do conceito atualmente utilizado para condição de saúde, em que considera os aspectos individuais e os relativos aos serviços, necessários e ofertados em saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de 2003, passa a adotar o conceito de condições agudas e condições crônicas para responder as necessidades em saúde em três frentes: primeira, em relação ao tempo de duração da condição de saúde, se breve ou longo; segunda, a forma de enfrentamento pelo sistema de atenção à saúde, se episódica, reativa e feita sobre a queixa principal, ou se contínua, proativa e realizada por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias; e finalmente, o modo como se estrutura o sistema de atenção à saúde, se fragmentado ou integrado (Mendes, 2011).

As condições agudas, em geral, apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar; ao contrário, as condições crônicas têm um período de duração mais ou menos longo e nos casos de algumas doenças crônicas, tendem a apresentar-se de forma definitiva e permanente (Von Korff et al., 1997; Singh, 2008).

Quadro 1: As diferenças entre as condições agudas e crônicas

VARIÁVEL	CONDIÇÃO AGUDA	CONDIÇÃO CRÔNICA
Início	Rápido	Gradual
Causa	Usualmente única	Usualmente múltiplas
Duração	Curta	Indefinida
Diagnóstico e Prognóstico	Comumente acurados	Usualmente incertos
Testes diagnósticos	Frequentemente decisivos	Frequentemente de valor limitado
Resultado	Em geral, cura	Em geral, cuidado sem cura
Papel dos profissionais	Selecionar e prescrever o tratamento	Educar e fazer parceria com as pessoas usuárias
Natureza das intervenções	Centrada no cuidado profissional	Centrada no cuidado multiprofissional e no autocuidado
Conhecimento e ação clínica	Concentrados no profissional médico	Compartilhados pelos profissionais e pessoas usuárias
Papel da pessoa usuária	Seguir as prescrições	Corresponsabilizar-se por sua saúde em parceria com a equipe de saúde
Sistema de atenção à saúde	Resposta reativa e episódica	Resposta proativa e contínua

Fonte: Lorig et al., 2006.

A transição demográfica e epidemiológica, por que passa o mundo de maneira geral, leva ao incremento das condições crônicas pelo aumento dos riscos de exposição aos problemas crônicos e o que muda em relação aos países é a velocidade com que esse processo é desenvolvido. Há que se ressaltar que há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica (Chaimovitz, 1997).

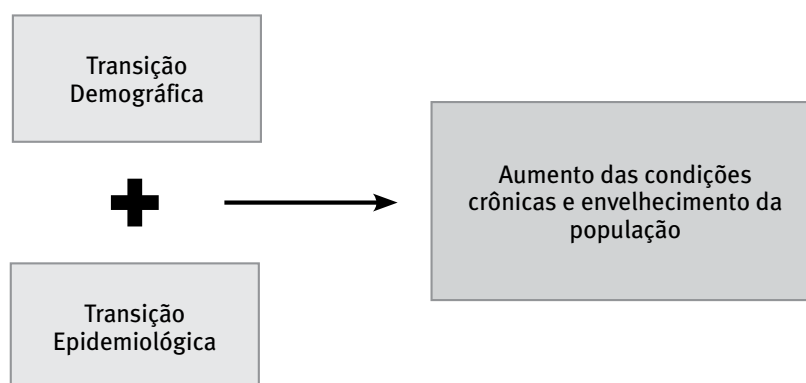
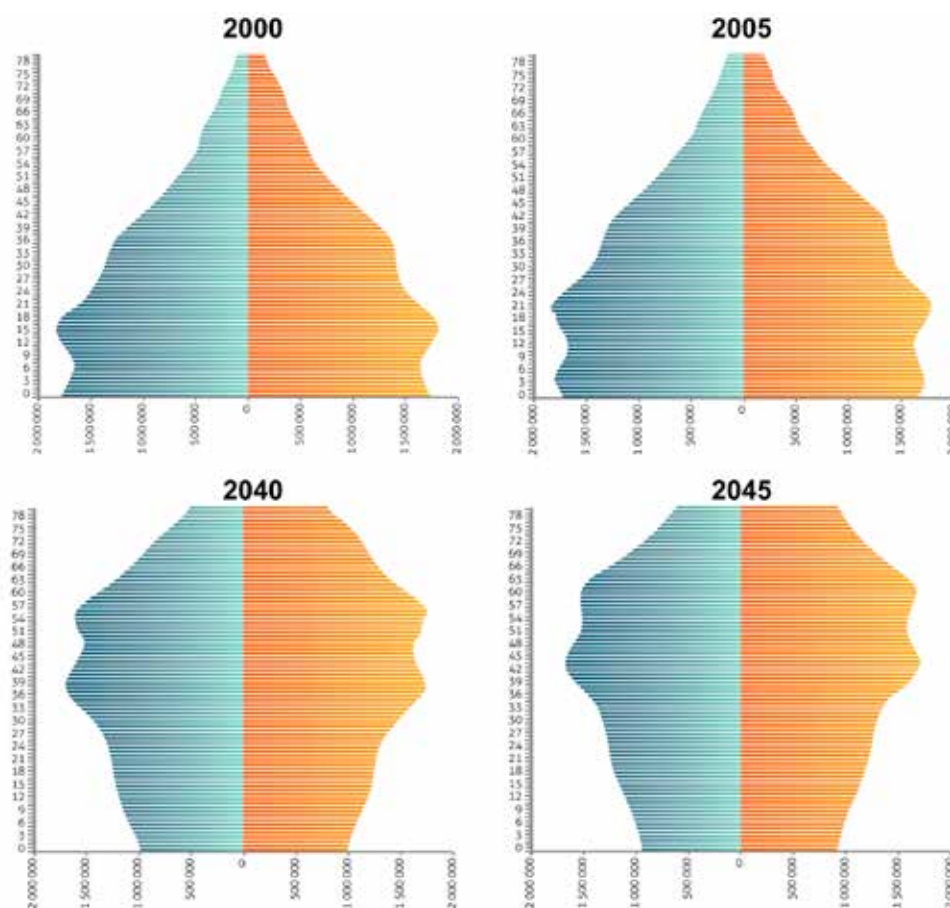


Figura 1. Consequência das transições demográficas e epidemiológica. Fonte: Elaborado pelos próprios autores

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2005, dos 58 milhões de óbitos por todas as causas ocorridas no mundo, estima-se que 35 milhões (60,3%) ocorreram por doenças crônicas (25 milhões por doenças cardiovasculares e câncer), o dobro de mortes causadas por doenças infecciosas, incluindo HIV/aids, tuberculose e malária (World Health Organization, 2005).

No Reino Unido, seis em cada dez adultos apresentam uma doença crônica que exige cuidados de longa duração e que não pode ser curada. Essas pessoas, frequentemente, apresentam mais de uma doença crônica, o que torna a atenção mais complexa. Além disso, 80% dos atendimentos na atenção primária à saúde são por doenças crônicas e 2/3 das internações nos hospitais do Reino Unido são causadas por essas doenças (Singh e Ham, 2006).

A situação das condições de saúde no Brasil não é muito diferente, ainda que singular uma vez que a transição demográfica é muito acelerada, resultando numa transformação da pirâmide etária da população, típica de sociedades envelhecidas. Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas e, especialmente, das doenças crônicas.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 – Revisão 2008.

Figura 2. Pirâmides etárias do Brasil de 2000 a 2005 e projeções para 2040 e 2045

Os dados provenientes da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD/2003) mostram que, em 2003, 77,6% dos brasileiros de 65 ou mais anos de idade relataram ser portadores de doenças crônicas, sendo que um terço deles, de mais de uma doença crônica. Em 2008, o PNAD mostrou que 71,9% das pessoas de 65 anos ou mais declararam ter, pelo menos, um dos 12 tipos de doenças crônicas

selecionadas. Do total de pessoas, 31,3% reportaram doenças crônicas, o que significa 59,5 milhões de brasileiros. 5,9% da população declararam ter três ou mais doenças crônicas (IBGE, 2010).

Pode-se presumir, portanto, que, no futuro, a transição demográfica muito rápida poderá determinar uma elevação progressiva da morbimortalidade por condições crônicas no Brasil, tanto em termos absolutos, como relativos.

O mundo e o Brasil apresentam um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição das condições de saúde, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas. Ou seja, manifesta-se, universalmente, o fenômeno da transição epidemiológica.

Existem, entretanto, padrões diferenciados de transição epidemiológica, especialmente, observados nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Contudo, essa transição, nos países em desenvolvimento em geral, e no Brasil, em particular, apresenta características específicas em relação aos países desenvolvidos, ao se superporem uma agenda tradicional e uma nova agenda da saúde pública.

Essa complexa situação epidemiológica tem sido definida, recentemente, como tripla carga de doenças, porque envolve, ao mesmo tempo: primeiro, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; segundo, o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada; e terceiro, o forte crescimento da violência e das causas externas (Frenk, 2006).

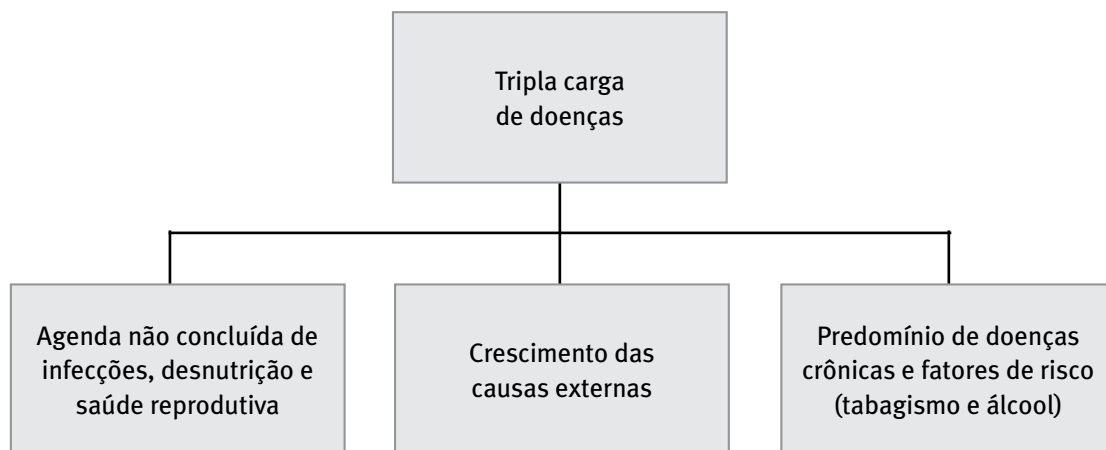


Figura 3. Esquema da condição de Tripla carga de doenças. Fonte: Elaborado pelos próprios autores

A emergência de uma situação de condições de saúde, caracterizada pela tripla carga de doenças, com forte predomínio relativo de condições crônicas, convoca mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde (Mendes, 2011).

3. REDES DE ATENÇÃO E MODELOS DE ATENÇÃO

Hoje, o desafio é superar o modelo biomédico que vê o indivíduo e organiza o cuidado de maneira fragmentada, propondo inovações e um novo olhar aos indivíduos dentro da atenção à saúde no SUS. O modelo de atenção atualmente proposto pelo SUS preconiza uma contraposição ao modelo vigente, que ainda se mantém centrado na doença, e em especial no atendimento a demanda espontânea, ou seja, meramente reativo perante a uma determinada situação, o que não responde plenamente as demandas desse cenário de transição (Brasil, 2014b). Diante dessa situação, observa-se a urgência em se reorganizar os serviços públicos de saúde, a partir da instituição de redes integradas e regionalizadas, com a de-

finição de linhas de cuidado pautadas na demanda e nas necessidades dos usuários, e que integrem os diferentes níveis da Atenção à Saúde (Montenegro et al., 2010).

As redes de Atenção à Saúde (RAS) são fundamentais para a coordenação e a integração dos serviços e ações de Saúde, assim como para a integralidade e a qualidade do cuidado à saúde. Uma RAS consiste na organização do conjunto de serviços e ações de Saúde de distintas densidades tecnológicas que, integrados por meio de estruturas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado às populações de uma região de Saúde (Brasil, 2014a).

A Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro, publicada em 2010, estabelece diretrizes para a organização das redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2014a). Em 28 de junho de 2011, com a publicação do Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dá-se grande avanço para a construção das RAS nas regiões de Saúde. A criação do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), enquanto instrumento jurídico para pactuação entre os gestores, e a constituição da Comissão Intergestores Regional (CIR), enquanto espaço legítimo para deliberações propicia que os diversos territórios no País se organizem para, de fato, estruturarem seus serviços de Atenção à Saúde dentro de uma rede.

A RAS fundamenta-se na compreensão da Atenção Básica à Saúde como primeiro nível de atenção, a partir do qual se realiza e coordena o cuidado nos demais pontos da rede de atenção. A Atenção Básica (AB), dessa forma, é primordial para o funcionamento das RAS, sendo o centro de comunicação, porta de entrada preferencial, coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS (Brasil, 2011a). No SUS, todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da RAS e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (Brasil, 2014b).

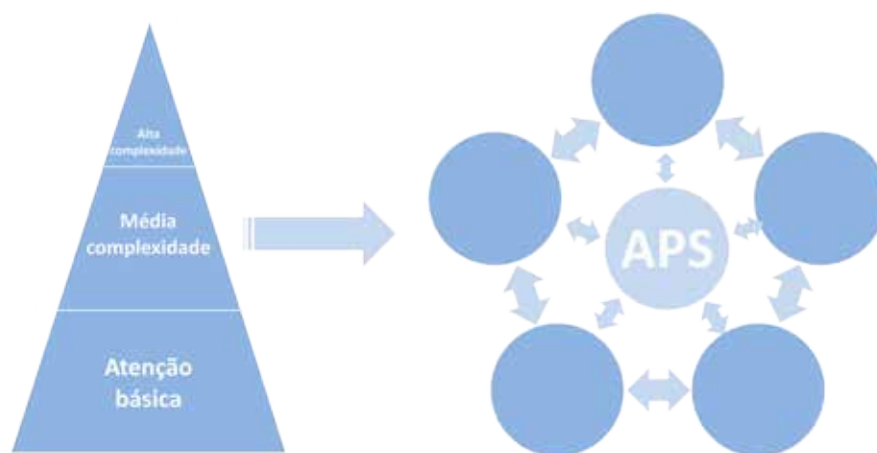


Figura 4- A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde. Fonte: Mendes, 2011.

Nessa perspectiva, destacamos o caráter estruturante e estratégico que a Atenção Básica (ou Atenção Primária à Saúde) pode e deve ter na constituição das redes de atenção à saúde, na medida em que se caracteriza pela grande proximidade ao cotidiano da vida das pessoas e coletivos em seus territórios, pois a unidade básica é o tipo de serviço de saúde com maior grau de descentralização e capilaridade. As equipes da atenção básica têm a possibilidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar, assim como na (co) gestão dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, que, por vezes, requerem percursos, trajetórias, linhas de cuidado que perpassam outras modalidades de serviços para atenderem às necessidades de saúde de modo integral, e dessa forma, para ser resolutiva, deve ter tanto capacidade ampliada de escuta (e análise) quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas (Brasil, 2011b).

4. MODELOS DE ATENÇÃO PARA CONDIÇÕES AGUDAS

As condições e os eventos decorrentes de condições crônicas agudizadas exigem, para o seu manejo adequado, a implantação de modelos de atenção à saúde que, em geral, expressam-se num tipo de classificação de riscos. Isso se deve a que, nas condições agudas, o fator de maior importância para a organização das redes de atenção às urgências e às emergências é o tempo-resposta em relação ao risco. Os modelos de triagem nas urgências e emergências mais avançados e que foram construídos numa concepção sistêmica são:

Quadro 2. Modelos de Atenção à Saúde no Mundo

Modelo Australiano	Modelo Americano	Modelo Andorra	Manchester
Tempos de espera de acordo com a gravidade	Focado na necessidade de recursos para o atendimento	Baseado em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas é de uso complexo e demorado	Baseado na classificação de risco, associados a tempos de espera

Fonte: Cordeiro Júnior, 2008.

A classificação de risco deve ser executada por profissional treinado e qualificado, em ambiente adequado. Sendo importante que o tempo de classificação de risco seja curto para que seja mantido o seu principal objetivo: garantir a segurança dos pacientes que aguardam o primeiro atendimento médico, afirmando que um modelo de triagem efetivo deve ser dinâmico, fácil de entender, fácil de aplicação e ter um elevado índice de concordância entre os profissionais classificadores.

O Modelo de triagem de Manchester apresenta alguns elementos de validade: garante critérios uniformes ao longo do tempo e com diferentes equipes de saúde; acaba com a triagem sem fundamentação científica; pode ser feito por qualquer profissional de saúde; garante a segurança das pessoas usuárias e dos profissionais de saúde; é rápido; e pode ser auditado (Cordeiro Júnior, 2008).

Quadro 3: Sistema Manchester de classificação de risco

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO EM MINUTOS
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco Urgente	Verde	120
5	Não Urgente	Azul	240

Fonte: Mackway-Jones et al., 2010.

Conhecendo estes modelos de triagem com a utilização da definição de prioridades como linha guia, consegue-se determinar um fluxo pactuado pelos serviços. Nesse contexto, o protocolo de classificação de risco é a ferramenta de comunicação, responsabilização e regulação das redes de condições agudas, pois permite acompanhar, em tempo real, esses fluxos, e ainda, regular o transporte entre os serviços (Marques, 2011).

Assim, um exemplo deste modelo de atenção em situações agudas é proposto pela Secretaria de Estado de Minas Gerais, com um desenho das matrizes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências, com definição dos pontos de atenção, a competência ou responsabilidade de cada ponto, e a respectiva área de abrangência, tendo como eixo norteador o Protocolo de Manchester. É importante ressaltar que a utilização de um protocolo de Classificação de Risco, seja qual for, não garante os resultados em uma instituição ou uma rede, somente norteia este protocolo (Dlugacz et al., 2004).

O Quadro 4 mostra um fluxograma de determinantes gerais do Protocolo de Manchester, que foi a linguagem adotada em Minas Gerais, após amplo debate no Comitê Estadual de Urgência/Emergência, instância interinstitucional criada por ato normativo do Secretário Estadual de Saúde.

Quadro 4. Fluxograma de determinantes do Protocolo de Manchester

Determinantes Gerais	
Obstrução de vias aéreas	Vermelho
Respiração inadequada	
Hemorragia exanguinante	
Choque	
Convulsionando	
Criança irresponsiva	
Dor intensa	Laranja
Hemorragia maior incontrolável	
Alteração da consciência	
Criança febril	
Hipotermia	
Dor moderada	
Hemorragia menor incontrolável	Amarelo
História de inconsciência	
Adulto febril	
Dor leve recente	Verde
Febre baixa	
Evento recente	
	Azul

Fonte: Cordeiro Júnior, 2008.

Os pontos de atenção da rede englobam Unidades Básicas de Saúde (UBS), Hospital de Urgência Básica, Unidade não hospitalar de atendimento às urgências (UPA), e Hospitais Micro e Macrorregionais.

Na proposta de modelos de Atenção de situações agudas de Minas Gerais, a Atenção Primária deve se responsabilizar na sua área de atuação pela maioria dos pacientes classificados como verde e azul (pouco urgente e não urgente) pelo protocolo de Manchester. Isto implica a reestruturação da Atenção Primária. Pacientes que chegam à UBS (Unidade Básica de Saúde) ou USF (Unidade Saúde da Família) em condições graves, em urgência ou emergência por demanda espontânea deverão ter seu primeiro atendimento nesse local. Isto leva à reestruturação do espaço físico e dos fluxos, além de qualificação da

equipe. É importante salientar que os doentes graves nunca devem ser encaminhados para esses pontos pelo complexo regulador. O primeiro atendimento a doentes graves se dará somente quando esses se apresentarem espontaneamente nestas estruturas (Marques, 2011).

A seguir, no Quadro 5, são descritos os níveis e pontos de atenção, com suas respectivas competências, assim como os territórios sanitários. Como apontado anteriormente, essa organização é norteadada pelo Protocolo de Manchester.

Quadro 5. Descrição dos níveis e pontos de atenção

Ponto de atenção	Competência do ponto de atenção	Território Sanitário
Call Center, SAMU 192	• Classificar o risco; orientar; ativar a ambulância.	Município
Domicílio	• Identificar sinais de alerta; acionar o 192.	Município
Unidade Básica de Saúde/PSF	• 1º atendimento vermelho, laranja e amarelo • Resolve verde e azul	Município
“Hospital de Pequeno Porte”	• 1º atendimento vermelho, laranja e amarelo • Atendimento vermelho, laranja e amarelo conforme protocolos • Resolve amarelo e verde • Resolve azul fora do horário de UBS • Acolhe azul.	Município
Unidade de Urgência não Hospitalar *	• 1º atendimento vermelho e laranja • Resolve amarelo e verde • Resolve azul fora do horário da UBS • Acolhe azul	Municípios maior que 200.000 habitantes
Hospital Microrregional sem UTI	• 1º atendimento para vermelho e laranja • Resolve vermelho e laranja conforme protocolos • Resolve amarelo e verde • Acolhe azul	Microrregião
Hospital Microrregional com UTI	• 1º atendimento para vermelho e laranja • Resolve vermelho e laranja conforme protocolos • Resolve amarelo e verde • Atendimento referenciado segundo protocolo • Acolhe azul	Microrregião
SAMU	• Atendimento a vermelho, laranja e amarelo • Orientar verde e azul	Microrregião
SAMU	• Atendimento a vermelho, laranja e amarelo • Orientar verde e azul	Macrorregião
Pronto-Socorro Hospital Macro	• Atendimento a vermelho, laranja e amarelo • Acolhe verde e azul	Macrorregião
Hospital Macrorregional	• Atendimento a vermelho, laranja e amarelo • Acolhe verde e azul	Macrorregião

Fonte: Cordeiro Júnior, 2008.

5. MODELOS DE ATENÇÃO PARA CONDIÇÃO CRÔNICA

As condições crônicas são variadas e complexas, necessitando de um modelo de atenção à saúde que as organize e que seja resolutivo para este quadro. Estes modelos de atenção são construídos a partir de um modelo seminal, o Modelo de Atenção a Crônicas (MAC), tradução literal de Chronic Care Model (CCM), que foi desenvolvido pela equipe do MacColl Institute for Healthcare Innovation, nos Estados Unidos. Dele, surgiram várias adaptações aplicadas em partes de todo mundo, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. Ele tem sido adotado, com modificações adjetivas, no Canadá, Reino Unido, Alemanha, Rússia, Espanha, Austrália, Dinamarca, Holanda e em alguns países em desenvolvimento. Mendes, em 2007, baseado também no MAC, sugeriu um modelo de atenção às condições crônicas para utilização no SUS (Mendes, 2010).

O MAC é composto de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as modificações devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no esquema do sistema de prestação de serviços, no apoio às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado (empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada). Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. As interrelações entre estes seis elementos capacitam usuários informados e ativos, e a equipe de saúde se torna mais preparada e proativa para produzir resultados sanitários e funcionais satisfatórios para a população (Mendes, 2010).

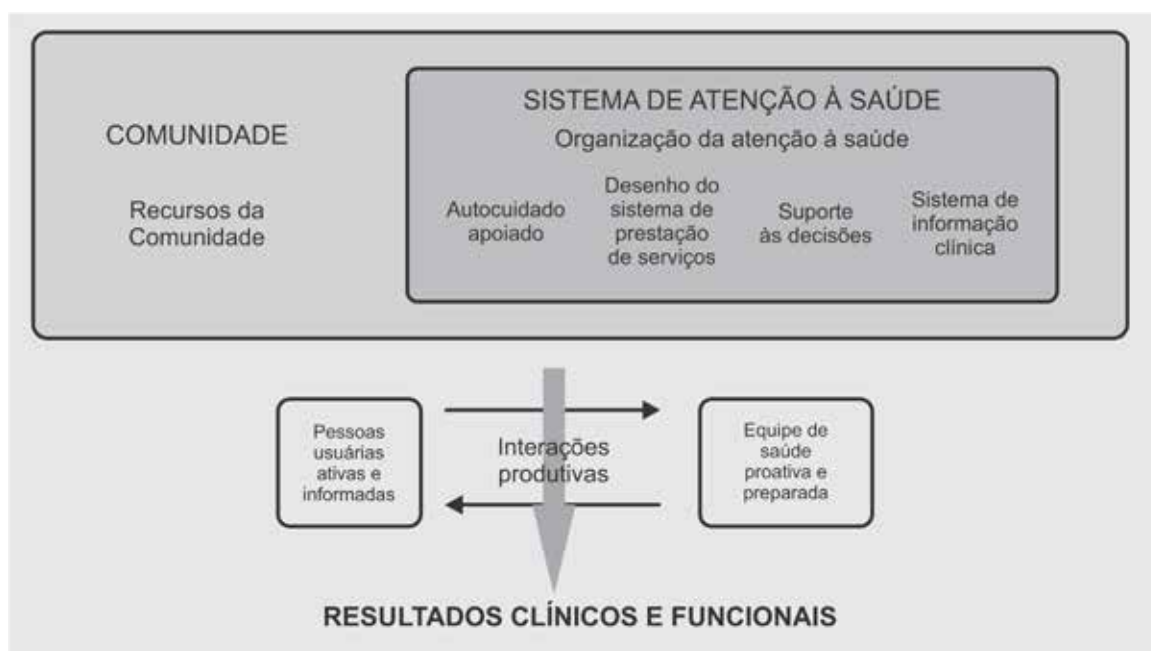


Figura 5: O modelo de atenção crônica (MAC). Fonte: Wagner, 1998.

As mudanças no desenho do sistema de prestação de serviços de saúde objetivam assegurar uma atenção à saúde efetiva e eficiente e um autocuidado apoiado. Isso se faz por meio de:

- Clara definição de papéis e distribuição de tarefas entre os membros da equipe de saúde.
- Uso planejado de instrumentos para dar suporte a uma atenção à saúde baseada em evidência.
- Provisão de gestão de caso para os portadores de condições de saúde muito complexas.
- Monitoramento regular dos portadores de condição crônica pela equipe de saúde.

- Provisão de atenção à saúde de acordo com as necessidades e a compreensão das pessoas usuárias e em conformidade com sua cultura (Mendes, 2011).

Assim, Mendes baseou-se no modelo de determinação social da saúde, para adaptar o MAC para o SUS que foi denominado de Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde Conselho Nacional de Secretários, em 2013, as principais variáveis incorporadas no MACC, e que derivam das inúmeras evidências produzidas pela avaliação deste, são: diretrizes clínicas baseadas em evidência; sistema de identificação das pessoas usuárias; estratificação da população em subpopulações por riscos; registro das pessoas usuárias por condição de saúde e por riscos; prontuários eletrônicos; sistema de lembretes, alertas e *feedbacks* como funcionalidades dos prontuários eletrônicos; sistema de acesso regulado à atenção à saúde; continuidade da atenção: oferta de cuidados primários, secundários e terciários integrados; atenção integral: oferta de cuidados promocionais, preventivos, curativos, cuidadores, reabilitadores e paliativos; plano de cuidado individual; autocuidado apoiado; uso de ferramentas de gestão da clínica: gestão das condições de saúde e gestão de caso; coordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) pela atenção primária à saúde (APS); suporte especializado à APS; educação permanente dos profissionais de saúde; educação em saúde das pessoas usuárias; presença de profissional de saúde comunitária; e articulação do sistema de atenção à saúde com os recursos comunitários (Mendes, 2007).

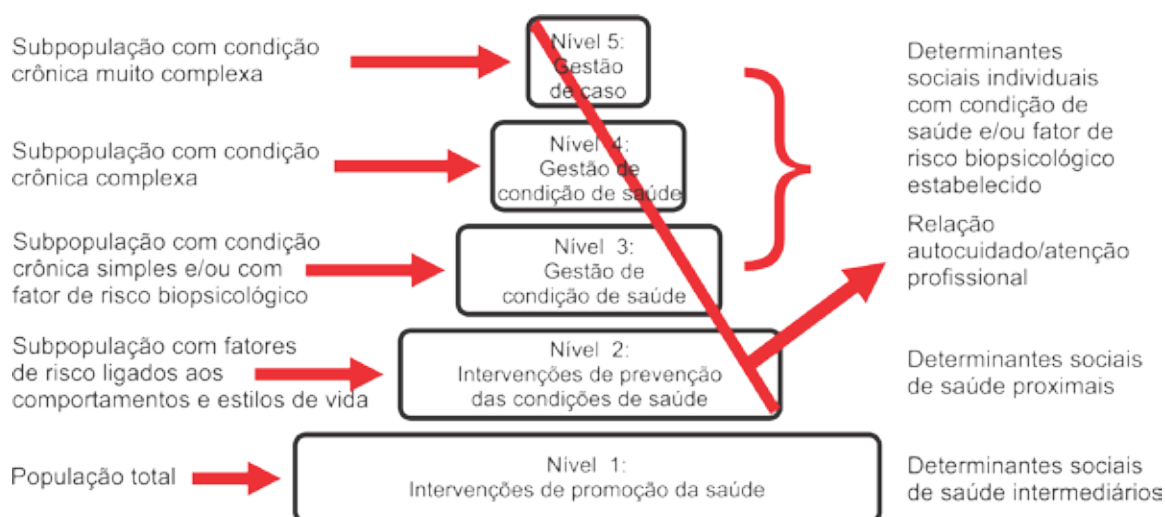


Figura 6: Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Fonte: Mendes, 2007.

A composição do MACC divide-se em cinco níveis e em três componentes integrados: a população (à esquerda da Figura 6), os focos das intervenções de saúde (à direita da Figura 6) e os tipos de intervenções de saúde (no meio da Figura 6). A linha transversal que corta a ilustração, desde as ações de prevenção das condições de saúde até a gestão de caso, representa uma divisão relativa à natureza da atenção à saúde. O que estiver acima dessa linha representa, mais significativamente, a atenção profissional, o que estiver abaixo dessa linha representa, hegemonicamente, o autocuidado apoiado. Assim, no nível 3, vai-se operar, mais fortemente, com o autocuidado apoiado; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e atenção profissional e, no nível 5, há uma forte concentração da atenção profissional coordenada por um gestor de caso. Mas as mudanças na atenção à saúde, determinadas pelo MACC, são mais profundas e vão muito além da atenção profissional e o autocuidado apoiado (Mendes, 2011).

Os determinantes sociais da saúde, articulados com o MACC, são definidos como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou como as características sociais dentro das quais a vida transcorre; ou seja, como a causa das causas (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007). Assim, a distribuição desigual das experiências prejudiciais à saúde não é um fenômeno natural, mas uma determinação social. Corrigir essas desigualdades é uma questão de justiça social e um imperativo ético para o qual devem ser estruturadas três grandes linhas de ação: melhorar as condições de vida da população; lutar contra a distribuição desigual do poder e dos recursos; e medir a magnitude do problema, avaliar as intervenções, ampliar a base de conhecimentos, dotar-se de pessoal capacitado em determinantes sociais da saúde e sensibilizar a opinião pública a esse respeito (Comisión sobre los Determinantes Sociales de La Salud, 2008). Os determinantes sociais influenciam diretamente nos indicadores de saúde, devido a isso, qualquer modelo de atenção à saúde, deve estar atento a estes elementos.



Figura 7: O modelo de determinação social de Dahlgren e Whitehead (1991). Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991).

Observando-se os determinantes sociais, percebe-se que há a necessidade de estratificar a população em grupos de risco, permitindo identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos. Esta lógica se apoia num manejo diferenciado, pelas RASs, de pessoas e de grupos que apresentam riscos similares.

Atualmente, no Brasil, com a implantação da Estratégia Saúde da Família, que veio como uma nova maneira de se organizar a assistência, tem-se conseguido, através do controle de risco familiar, direcionar ações em saúde para famílias e grupos de risco semelhantes.

Um exemplo de como organizar as condições crônicas, nos grupos de risco, está na prefeitura de Curitiba, segundo o quadro abaixo:

Quadro 6: Atividades dos grupos programáticos e temáticos em Curitiba

Laboratório de Inovações no Cuidado das Condições Crônicas em Curitiba	
Grupos programáticos	
Revisão da diretriz clínica de HAS, DM2 e depressão Revisão da planilha de programação da HAS, DM2 e depressão Elaboração do plano de implantação da diretriz clínica de HAS, DM2 e depressão na UBS Seleção dos indicadores de monitoramento do Programa de HAS, DM2 e depressão	
Grupos temáticos	
Prevenção das condições de saúde	
Elaboração/revisão do Programa de controle do tabagismo na APS Elaboração/revisão do Programa de alimentação saudável na APS Elaboração/revisão do Programa de atividade física na APS	
Tecnologias de mudança de comportamento	
Elaboração de material de apoio sobre tecnologias de mudanças de comportamento	
Autocuidado apoiado	
Elaboração de um modelo de plano de autocuidado Elaboração de um sistema de monitoramento dos planos de autocuidado apoiado Elaboração de instrumento de avaliação da capacidade de autocuidado das pessoas portadoras de HAS, DM2 e depressão Elaboração de Manual de autocuidado apoiado para profissionais, e caderno de exercícios para usuários sobre autocuidado apoiado	
Relações com a comunidade	
Elaboração/revisão do sistema de identificação dos recursos comunitários na área de abrangência da UBS, para suporte aos programas de HAS, DM2 e depressão Elaboração/revisão do sistema de informação sobre os recursos comunitários na área de abrangência da UBS, para suporte aos programas de HAS, DM2 e depressão Elaboração/revisão do sistema de institucionalização de parcerias da UBS com instituições comunitárias para dar suporte aos programas de HAS, DM2 e depressão	
Educação permanente	
Elaboração de uma proposta de educação permanente dos profissionais das equipes das UBS com base nos princípios da andragogia	
Educação em saúde	
Elaboração de material para educação popular em saúde, de pessoas portadoras de HAS, DM2 e depressão	
Sistemas de informação da clínica	
Incorporação no prontuário eletrônico do registro de portadores de HAS, DM2 e depressão por riscos Incorporação no prontuário eletrônico do registro de tabagistas Incorporação no prontuário eletrônico do registro de portadores de sobrepeso ou obesidade Incorporação no prontuário eletrônico do registro de inatividade física Incorporação no prontuário eletrônico dos indicadores de monitoramento de HAS, DM2 e depressão Definição de campo de prontuário para registro do plano de cuidado e plano de autocuidado Revisão da capacidade de o prontuário eletrônico dar alertas, lembretes e feedback em relação aos HAS, DM2 e depressão Revisar sistema de atenção eletrônica para garantia de acesso online de materiais educativos, resultados de exames, prescrição de medicamentos etc. Revisão do cadastramento das pessoas usuárias nas UBS de internação	

Sistema de prestação de serviços
Elaboração de proposta de atendimento em grupo
Elaboração de proposta de trabalho conjunto de generalistas e especialistas
Elaboração de sistema de monitoramento por telefone ou internet
Pesquisa avaliativa
Elaboração de Projeto de Pesquisa
Submissão do Projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa
Submissão do projeto de Pesquisa ao Laboratório de Cuidados de Condições Crônicas na APS – OPAS
Seleção de UBS piloto e de intervenção
Seleção, em conjunto com o grupo programático, de indicadores de monitoramento de HAS, DM2 e Depressão
Validação do instrumento de avaliação pelos profissionais da capacidade institucional da APS para manejo de HAS, DM2 e Depressão (ACIC)
Validação do instrumento de avaliação pelas pessoas usuárias sobre o cuidado em HAS, DM2 e Depressão (PACIC)
Desenvolvimento da pesquisa avaliativa

Fonte: Lecheta e Gonzales Gomes, 2011.

Toda a proposta de organização da atenção às condições crônicas no Laboratório de Inovações no Cuidado das Condições Crônicas em Curitiba (LIACC) se estruturou a partir da estratificação de risco, identificando aqueles usuários e famílias mais dependentes de um acompanhamento contínuo. Antes do LIACC, as equipes das UBS em Curitiba já trabalhavam com a estratificação de risco na organização da oferta da atenção à saúde ao cuidado das condições crônicas, porém o modelo de atenção concentrava o cuidado profissional individual aos pacientes de alto risco. O LIACC propôs a reorganização do atendimento, inovando no manejo dessas condições crônicas como principal estratégia de mudança (Organização Pan-Americana da Saúde, 2013).

Portanto, modelos de atenção representam tecnologias estruturadas em função de danos e riscos à saúde de uma população ou grupo de pessoas que, por sua vez, expressam necessidades sociais, e estas devem nortear as ações em saúde, para que desta maneira seja alcançado os princípios de equidade e integralidade.

6. ATENÇÃO NÃO PROGRAMADA E ATENÇÃO PROGRAMADA

As condições agudas e os eventos agudos das condições crônicas devem ser respondidos por meio da atenção não programada porque, em geral, não é possível prever quando uma condição aguda vai ocorrer, seja ela uma doença infecciosa de curso curto, como uma amigdalite, seja um trauma, seja um momento de agudização de uma condição crônica. Por isso, é inerente às condições e aos eventos agudos uma resposta não programada. É isso que justifica os pontos de atenção à saúde de uma rede de atenção às urgências e às emergências.

Ao contrário, as condições crônicas, pelo seu curso longo e, às vezes, definitivo devem ser manejadas por meio de uma atenção programada. É certo que há momentos de agudização das condições crônicas, mas isso não pode ser considerado uma condição aguda, mas um evento agudo decorrente de complicações das condições crônicas. Portanto, as agudizações das condições crônicas devem ser consideradas eventos agudos, diferentes das condições agudas, e sua ocorrência deve ser entendida, na maioria dos casos, como um evento-sentinela que sinaliza uma falha no sistema de manejo das condições crônicas (Mendes, 2011).

A atenção programada é o tipo de atenção que se deve aplicar às condições crônicas, ofertada sem a presença e o “barulho” do evento agudo e agendada, previamente, em intervalos regulares e previsíveis

(Improving Chronic Illness Care, 2015). É um atendimento que se faz com base num plano de cuidado que foi elaborado pela equipe de saúde com a pessoa usuária, e com o objetivo principal de monitorá-lo e de promover as alterações necessárias. A atenção programada deve estar prevista nas diretrizes clínicas baseadas em evidências, segundo os diferentes estratos de riscos dos portadores de uma condição crônica. Essas diretrizes clínicas devem definir o tipo do atendimento, quem faz, em que condições e com que frequência. A atenção programada termina num plano de cuidado elaborado ou revisado e acordado entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias.

A atenção programada deve obedecer alguns requisitos de qualidade: prevenir as falhas pela padronização por meio de diretrizes clínicas baseadas em evidências que são aplicadas para as condições crônicas; identificar prontamente as falhas e solucioná-las ou reduzir seus impactos negativos por meio de um bom sistema de informações clínicas, centrado num prontuário eletrônico e no registro dos portadores de condições crônicas por estratos de riscos; elaborar, colaborativamente, os planos de cuidado e a agenda de atendimentos periódicos; e redesenhar os processos para superar as falhas ocorridas (Kabacene et al., 2006).

Os sistemas de atenção à saúde, fragmentados, em geral, apresentam uma relação desequilibrada entre a atenção não programada e a atenção programada, com privilegiação da primeira. Isso é natural porque eles se estruturam, basicamente, para o controle das condições e dos eventos agudos. Um sistema de atenção à saúde fortemente centrado na atenção não programada é um sinal da fragilidade da atenção às condições crônicas.

Buscar maneiras que sejam capazes de lidar com a atenção não programada, da maneira mais resolutiva possível, faz-se necessária, uma vez que a porta de entrada preferencial do SUS são as Unidades Básicas de Saúde e sabe-se que a atenção básica lida com situações e problemas de saúde de variabilidade (desde as mais simples até as mais complexas), que exigem diferentes tipos de esforços de suas equipes, se caracterizando pela exigência de se considerarem, a todo tempo e de acordo com cada situação, as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado, para que as ações de cuidado possam ter efetividade. Além disso, as equipes da atenção básica estão fortemente expostas à dinâmica cotidiana da vida das pessoas nos territórios. Nesse sentido, a capacidade de acolhida e escuta das equipes aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde é um elemento-chave (Brasil, 2011b).

Entende-se por acolhimento não apenas a forma humanizada, respeitosa e comprometida que deve estar presente na relação profissional-usuário, mas também um recurso para se garantir o acesso ao serviço de saúde pela população (Franco et al., 1999). Partindo dessa perspectiva, podemos pensar em modos de acolher a demanda espontânea (não programada) que chega às unidades de atenção básica.

Não devemos esquecer, também, que mesmo os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado. Perde-se legitimidade perante eles, uma unidade que os acompanha na atividade programada e não os acolhe no momento de agudização. Constrói-se a imagem na sociedade de que “a unidade básica de saúde só serve para quando a pessoa estiver saudável; se estiver doente, tem é que ir a um pronto atendimento ou hospital” (Brasil, 2011b).

O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea. A equidade, como princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo/evitando diferenciações injustas e negativas. Uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação/estratificação de risco como ferramenta, ou protocolos, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, procedendo às devidas priorizações.

A utilização de tais protocolos e suas respectivas escalas têm impacto importante na qualidade do acesso desses serviços. Esses protocolos podem ser referência, mas necessariamente precisam ser ressignificados e ajustados quando se trata da atenção básica. A natureza da atenção básica, na qual as noções de vinculação, responsabilização, clínica ampliada e gestão do cuidado são fundamentais, exige, de for-

ma bastante evidente, a combinação do olhar sobre riscos e vulnerabilidades. Por várias razões, entre as quais destacamos algumas:

- A presença de condições geradoras de grande vulnerabilidade (riscos sociais ou subjetivos) pode requerer intervenções no mesmo dia (médicas ou não), agendamento para data próxima ou construção de projeto terapêutico singular em curto prazo, mesmo com risco biológico baixo;
- As classificações devem ser encaradas de maneira dinâmica, já que pode haver mudança no grau de risco de um usuário, estando na unidade ou após ter saído dela;
- Pode haver necessidade de mais de um tipo de intervenção (oferta de cuidado) no mesmo dia ou de programar outra(s) intervenção(ões). Por exemplo, uma criança com febre de 38,5 graus e dispneia leve pode receber um antitérmico ou compressa fria (pelo enfermeiro) antes de ser avaliada pelo médico (Brasil, 2011b).

É importante reforçar que a maneira como se organizará a agenda e a modalidade adequada para se desenvolver o acolhimento em uma unidade precisa variar, de acordo com determinadas características locais; sendo assim, uma boa alternativa é que os municípios desenvolvam estudos sobre o perfil de sua população, considerando dados de mortalidade, morbidade, condições sociais, violência, saneamento, redes de serviços públicos e privados, entre outros, para determinar estratificações entre as diferentes regiões.

7. EXPERIÊNCIAS

Exemplo 1: ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA EM SAÚDE BUCAL

A organização do serviço odontológico, entendido como uma das áreas da saúde, no seu caráter multidisciplinar pelas equipes da atenção primária, deve ser pensada de tal maneira que, o acesso da população se dê da maneira mais equânime possível.

A figura abaixo mostra uma possibilidade de se trabalhar a organização da agenda, pensando nas principais formas de inserção dos usuários aos serviços:



Figura 8. Portas de acesso na organização da agenda do serviço odontológico. Fonte: Elaborado pelos próprios autores

A adoção de classificações de risco familiar e individual, segundo cada contexto local, levando-se em conta o perfil epidemiológico da população adstrita e seus determinantes sociais mostra-se importante, pois segundo Kobayashi (2012), famílias em risco social apresentam-se com duas vezes mais chances de apresentar cárie quando comparadas com famílias sem risco familiar.

A classificação de risco possibilita uma abordagem coletiva onde é viabilizada a identificação dos indivíduos de maior risco, permitindo priorizá-los em relação às atividades preventivas e curativas em busca da equidade das ações de saúde bucal. Além disso, também são instrumentos de estratificação de risco, as escalas familiares, que determinam seu risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Uma opção é a Escala de Coelho-Savassi, que é um instrumento simples de análise do risco familiar, baseada na Ficha A do SIAB, não necessitando a criação de nenhuma nova ficha ou escala burocrática.

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, a programação da agenda deve pautar-se nos seguintes parâmetros:

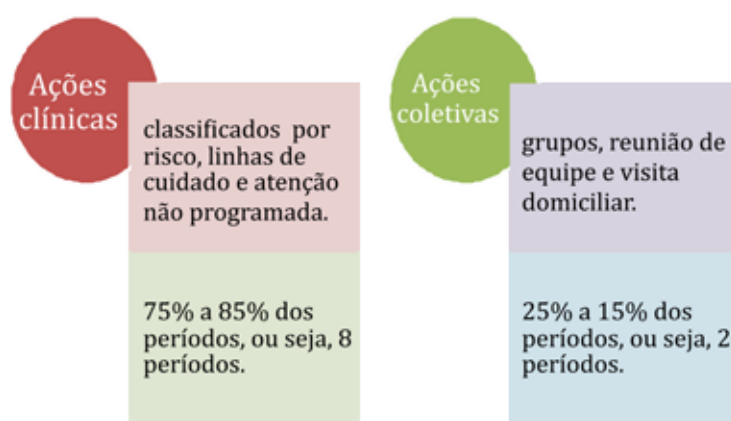


Figura 9. Ações clínicas e coletivas. Fonte: Elaborado pelos próprios autores

Desta forma as decisões podem ser tomadas, quando se pensa em organização da demanda do serviço odontológico, através do esquema de ações abaixo:

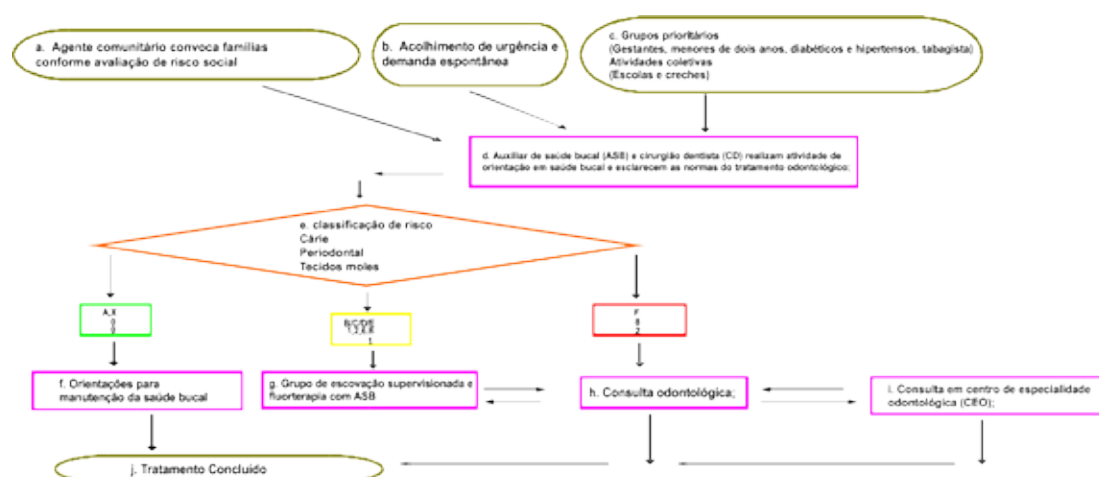


Figura 10. Exemplo de organização da demanda em saúde bucal de uma USF na cidade de Piracicaba, 2015. Fonte: Pereira, 2015 (informação verbal)**

** Informação e slide fornecido pelo docente Antonio Carlos Pereira em aula proferida na Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Unicamp, em Piracicaba, 2015.

Experiência – Exemplo 2: Organizando a demanda através do Acesso Avançado em Curitiba

As agendas das unidades teoricamente devem ter espaço para a demanda programada (60 a 70%) e a demanda espontânea (30 a 40%). Todavia, em alguns momentos esta forma de organização pode engessar o sistema e não permitir a flexibilização da agenda para melhor atender a algumas necessidades específicas da comunidade. Pautado nessa premissa, a cidade de Curitiba iniciou um novo modelo de atenção denominado “Acesso Avançado”, com o objetivo de diminuir filas na Atenção Primária. Nesse modelo o objetivo é o atendimento da demanda diária, onde todos os pacientes são agendados para o mesmo dia e com atuação dos profissionais da equipe. No modelo tradicional os pacientes são encaminhados para um membro da equipe, sendo este o médico de referência ou não (por exemplo quando a agenda está lotada), enquanto no Acesso Avançado todos os médicos e enfermeiros tem agendamento disponível para o dia.

Nesse modelo não há distinção entre urgência e consulta programada. Como dito, o objetivo é realizar o trabalho do dia de HOJE, sendo agendados pacientes por tipo de médico e não urgência. Dessa forma, o processo de triagem passa a ser praticamente eliminado, liberando profissionais e não necessitando de marcação de consultas de retorno. Na teoria, segundo relatos de profissionais trabalhando nesse modelo, inicialmente pode-se pensar que a demanda aumentará muito, contudo percebe-se que a demanda vai diminuindo com o tempo pois os pacientes passam a ter uma vinculação maior com os profissionais da equipe. Contudo, se a demanda exceder a capacidade produtiva permanentemente é necessário um redimensionamento da equipe, calculando por exemplo o número médio de pacientes por dia que procuraram o serviço (Equipe Telessaúde Santa Catarina, 2014).

Saiba mais sobre o ACESSO AVANÇADO EM:

file:///C:/Users/Pereira1/Downloads/SaudeCuritiba_CartilhaAcessoAvancado_2014-06-05.pdf

8 – REFERÊNCIAS

- Brasil. Decreto nº 7.508, 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 União. 2011a jun 29. Seção 1.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b. Cadernos de Atenção Básica, nº 28.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014a. Cadernos de Atenção Básica, nº 35.
- Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado as pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014b.

- Brito, F. – A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte, CEDEPLAR/UFMG, Texto para Discussão nº 318, 2007.
- Chaimovitz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeção, alternativas. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31(2): 184-200.
- Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud/CDSS; 2008.
- Comission on Social Determinants Of Health – A conceptual framework for action on social determinants of health. Geneva, WHO, Discussion Paper for the Comission on Social Determinants of Health, Draft, 2007.
- Cordeiro Júnior W. A gestão de riscos na urgência. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2008.
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health Stocolm: Institute for Future Studies; 1991.
- Dlugacz YD, Restifo A, Greenwood A. The quality handbook for health care organizations: a manager's guide to tools and programs. San Francisco: John Wiley & Sons; 2004.
- Equipe Telessaúde Santa Catarina. Disponível em: <http://aps.bvs.br/aps/como-organizar-o-acolhimento-em-saude/>. Publicado em 01 de dezembro de 2014 e acessado em 25 de Agosto de 2015.
- Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(2): 345-53.
- Frenk J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi: Comission on Social Determinants of Health; 2006.
- Improving Chronic Illness Care. The chronic care model [acesso 2015 jul 09]. Disponível em: <http://www.improvingchroniccare.org>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- Kabacell AI, Langley J, Hupke C. Innovations in planned care. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2006.
- Kobayashi HM. Relação entre classificação de risco de cárie dentária e escala de risco familiar [dissertação]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2012.
- Lecheta DR, Gonzales Gomes KS. Protocolo do programa de atenção nutricional às pessoas com necessidades especiais de alimentação. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde; 2011.
- Lorig K, Holman H, Sobel D, Laurent D, González V, Minor M. Living a healthy life with chronic condition: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others. 3. ed. Boulder: Bull Publishing; 2006.
- Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Sistema Manchester de classificação de risco: classificação de risco na urgência e emergência. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010.
- Marques, SAJ. Rede de atenção à urgência e emergência: estudo de caso na macrorregião norte de Minas Gerais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2007.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciê Saúde Colet*. 2010; 15(5): 2297-305.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549p.
- Montenegro LC, Penna CMM, Brito MJM. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2010; [acesso 2015 fev 25] 44(3): 649-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000300014&script=sci_arttext

- Organização Pan-Americana da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2013.
- Singh D. How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? Copenhagen: WHO; 2008.
- Singh D, Ham C. Improving care for people with long-term conditions: a review of UK and international frameworks. Birmingham: Institute for Innovation and Improvement, University of Birmingham; 2006.
- Travassos, C. *et al.* – Acesso e utilização de serviços de saúde: primeiros resultados do suplemento de saúde da PNAD 2003. Rio de Janeiro, DIS/CICT/FIOCRUZ, 2005.
- Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med.* 1997; 127(12): 1097-102.
- Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract.* 1998; 1(1): 2-4.
- World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: WHO; 2005.

CAPÍTULO 9 – HUMANIZAÇÃO: ACOLHIMENTO E VÍNCULO

Autores:

Lívia Fernandes Probst

Especialista em Saúde Coletiva e em Atenção Primária à Saúde

Cirurgiã-dentista na Prefeitura Municipal de Saúde de Vitória-ES; Mestranda em Odontologia em Saúde Coletiva pela FOP-Unicamp

Sonia Mara de Andrade

Especialista em Neuropsicologia com ênfase no ensino-aprendizagem, Enfermeira Responsável Técnica do Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira em Ponta Grossa-PR, Docente Colaboradora da Universidade Estadual de Ponta grossa – UEPG, Mestranda em Odontologia em Saúde Coletiva pela FOP – Unicamp

Antonio Carlos Pereira

Mestre e Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP; Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP-UNICAMP

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos

Nossa proposta neste capítulo é fazer algumas reflexões sobre conceitos, práticas e desafios no processo de humanização na área da saúde, bem como, sobre o uso de ferramentas como acolhimento e vínculo para o desenvolvimento do mesmo, sem a pretensão de dar conta do assunto, mas com o objetivo maior de aproximação ao tema.

Conteúdo Programático

- Considerações iniciais
- Acolhimento e vínculo no contexto prático diário
- A prática do acolhimento
- O exercício do vínculo: uma consequência do acolhimento
- A humanização nos diferentes níveis de atenção à saúde
- A humanização na atenção primária à saúde
- A humanização na atenção secundária à saúde
- A humanização na atenção terciária à saúde
- Considerações finais

Leitura Obrigatória

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização – documento para discussão. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf.

Leitura complementar

- Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999; 15(2): 345-53.
- Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciên Saúde Colet. 2009; 14(Supl 1): 1523-31.

Atividades Recomendadas:

Para que serve a Humanização e por que ela foi instituída como política pública de saúde no Brasil? Fazer uma discussão crítica.

Elabore um exemplo prático de acolhimento e vínculo em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde e em um Pronto Atendimento.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Compartilhando a ideia de que a palavra humanização tem a ver com o conceito de “ser humano” e de praticar a humanidade, surgem algumas indagações: Precisamos de um programa ou de uma política que nos direcione a praticarmos o processo de humanização? Este processo já não estaria intrínseco à condição humana? Pois bem, neste sentido, percebe-se que há um retrocesso no ato de praticar a humanização. Abordaremos neste capítulo conceitos, práticas e desafios no processo de humanização na área da saúde, bem como, o uso de ferramentas como acolhimento e vínculo para o desenvolvimento do mesmo.

No campo da saúde, o conceito de humanização surgiu como um princípio vinculado ao paradigma de direitos humanos, expressos individual e socialmente. O núcleo do conceito da palavra é a ideia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde (Vaitsman e Andrade, 2005).

Deslandes (2004), em um estudo que analisa o discurso do Ministério da Saúde sobre a proposta de humanização na assistência à saúde, destaca que o termo humanização, como tem sido empregado, carece de uma definição mais clara e tem significado um amplo conjunto de iniciativas que abrange: a assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico; o reconhecimento dos direitos, da subjetividade e da cultura do Paciente, além do valor do profissional da saúde.

Inicialmente, o termo humanização era usado para definir um conjunto de princípios que criticavam o caráter impessoal e desumanizado da assistência à saúde. Mais tarde passou a traduzir as diferentes propostas visando modificar as práticas assistenciais (Vaitsman e Andrade, 2005).

Humanizar na atenção à saúde é reconhecer a natureza humana em sua essência e elaborar acordos de cooperação, de diretrizes de conduta ética, de atitudes profissionais condizentes com valores humanos coletivamente pactuados (Rios, 2009).

No Brasil, no ano 2000, foi realizada a 11ª Conferência Nacional de Saúde – O Brasil falando como quer ser tratado. Apresentada com o título: Efetivando o SUS – Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social, pode ser apontada como um grande passo para mudanças nas agendas das políticas públicas de saúde no sentido da Humanização (Brasil, 2001a).

Do ano 2000 a 2002, dois programas de saúde estabeleceram a humanização como um de seus princípios: o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN (Brasil, 2002) e o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH (Brasil, 2001b).

Finalmente, em 2003, foi lançada a Política Nacional de Humanização – PNH (Brasil, 2003, grifo nosso). Dentre os princípios norteadores dessa política destacamos:

- **Valorização das dimensões subjetiva e social** em todas as práticas de **atenção e gestão** no SUS, fortalecendo o compromisso com os **direitos** do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Construção de **autonomia e protagonismo** de sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- **Corresponsabilidade** desses sujeitos nos processos de gestão e de atenção; e
- Compromisso com a **democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde**, estimulando processos de educação permanente.

Apesar de só ter sido concretizada enquanto política no ano 2003, pode-se dizer que a humanização nasceu dentro do SUS desde o seu início, uma vez que seus princípios constitucionais são totalmente de inspiração humanista: universalidade, integralidade, equidade e participação social (Rios, 2009).

Mais do que uma política, atualmente entende-se que a Humanização refere-se à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si, podendo ser definida como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde (Pereira e Barros, 2008).

Para transformar a teoria em prática, ou seja, tornar o que está previsto pela política em ação real na atenção à saúde, é necessário a utilização das tecnologias leves, definidas por Merhy (2004, 2007a, 2007b), dentro da produção dos atos em saúde, com a consequente valorização de dispositivos como o **vínculo e o acolhimento**.

Acolhimento e vínculo são dois instrumentos que possuem enfoques diferentes, mas são transformadores das relações e possibilitadores da efetivação da Humanização. O acolhimento possui uma dupla dimensão: de um lado é considerado como parte de uma etapa do processo de trabalho, sobretudo no momento da recepção dos serviços de saúde, relacionando-se ao primeiro contato com o usuário; de outro lado, aparece como um dispositivo do processo intercessor do trabalho em saúde, necessário em todos os lugares em que se deem os encontros entre trabalhador e usuário (Merhy, 2004).

Pode-se afirmar, portanto, que acolhimento é bem mais que uma atividade somente da recepção no serviço, atribuída a um determinado profissional em um espaço físico específico, pode ser considerado como uma técnica de conversa podendo ser efetuada em qualquer momento do atendimento e que auxilia no conhecimento das necessidades dos usuários a serem satisfeitas (Teixeira, 2005).

No que se refere ao vínculo, podemos destacar que é outra ferramenta compatível com a ideia das tecnologias leves e importante no sentido da humanização da atenção à saúde. É um instrumento importante e privilegiado dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF), que busca promover a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais da equipe e a população da área de cobertura que está sob sua responsabilidade, permitindo uma maior aproximação entre serviço e comunidade (Santos-Filho, 2006).

O vínculo vai além do estabelecimento de um simples contato com a população de uma determinada área ou de um simples cadastro. É uma prática especializada que demanda uma real aproximação do profissional com a realidade vivenciada pelo usuário dentro de seu contexto social para que possa compreender suas condições de vida e suas verdadeiras necessidades, comprometendo-se com elas (Silva e Alves, 2008).

2. ACOLHIMENTO E VÍNCULO NO CONTEXTO PRÁTICO DIÁRIO

O usuário se conecta ao serviço de saúde por meio de fluxos comunicantes por onde transitam ofertas, demandas, desejos, realizações de expectativas, satisfação de necessidades. É nessa comunicação que se realiza a relação de cuidado ou descuidado (Franco e Merhy, 2010).

Obter acesso aos serviços é uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário-paciente quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde (Lima et al., 2007). Em qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro (Merhy, 1999).

Nesse encontro do usuário com a equipe de saúde deveria prevalecer o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço (Cecílio, 2006). Deveriam ser momentos de possíveis cumplicidades, nos quais poderiam haver a

produção de uma responsabilização em torno do problema que será enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (Merhy, 1999).

O aumento do grau de comunicação em cada grupo e entre os grupos (princípio da transversalidade) e o aumento do grau de democracia institucional por meio de processos cogestionados da produção de saúde e do grau de corresponsabilidade no cuidado são decisivos para a mudança que se pretende (Pereira e Barros, 2008).

A ênfase da gestão, organização da atenção e capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender às necessidades de saúde, mais do que a adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção dado aprioristicamente (Cecílio, 2006).

O maior ou menor comprometimento com o trabalho está diretamente relacionado com a melhor qualidade da relação funcionário-usuário. E esta qualidade depende, sobretudo, do reconhecimento das necessidades dos funcionários no desempenho de suas funções, pois a mesma satisfação dos funcionários, enquanto clientes internos, é determinante para a qualidade dos serviços (Maciel-Lima, 2004).

A assistência de saúde humanizada e com qualidade é responsabilidade de toda a equipe multiprofissional e garantida pelo acolhimento, como resultado de práticas de saúde a serem executadas antes, durante e após o atendimento (Silva e Alves, 2008).

Uma vez que, nas práticas de saúde, individual e coletiva, o que buscamos é a produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas, como caminho para defender a vida, reconhecemos que, sem acolher e vincular, não há produção desta responsabilização e nem otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença (Franco et al., 1999).

3. A PRÁTICA DO ACOLHIMENTO

O acolhimento surge a partir das relações que se estabelecem entre usuário e profissionais no atendimento e está ligado à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários (Lima et al., 2007). Ele propõe, principalmente, reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado, oferecendo sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário (Franco et al., 1999).

O acolhimento é um modo de operar o processo de trabalho em saúde a fim de atender a todos os usuários, ouvindo seus pedidos, elegendo suas reais necessidades e assumindo uma postura acolhedora capaz de escutar e pactuar respostas mais adequadas. Este modo de agir permite que haja um atendimento com maior resolutividade e responsabilização. Um ambiente acolhedor, uma postura responsável e confiável de toda equipe que assistirá esse indivíduo, desde sua entrada até a saída do serviço após o atendimento, são fatores condicionantes para que se estabeleça o acolhimento (Silva e Alves, 2008).

De acordo com Franco et al. (1999), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.

Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Percebe-se, portanto, a necessidade de qualificar e capacitar a equipe multiprofissional para que seja implementado, de forma eficaz, o processo de acolhimento nos serviços de saúde, seja de nível de atenção primária, secundária ou terciária (Silva e Alves, 2008) (figuras 01 e 02).



Figuras 01 e 02: Relato da experiência de Goiânia (GO) para reorganização dos processos de acolhimento nos diferentes serviços para ampliar o acesso, integrar e qualificar o cuidado em rede, por meio da qualificação profissional. As Rodas de Acolhimento oportunizaram encontros, trocas, aprendizado em grupo e trabalho conjunto entre os profissionais envolvidos e contribuíram para promover ampliação da visão dos problemas, empoderamento e instrumentalização dos profissionais.

Fonte: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/506>.

Se o foco do acolhimento está no comprometimento em resolver o problema de saúde do usuário, entende-se que ele vai além da organização da demanda em um ponto de atendimento à saúde, mas implica no diagnóstico de problemas e no planejamento em saúde para determinada população. É preciso identificar os problemas e as potencialidades relacionadas às diferentes questões envolvidas com o acolhimento, como aquelas relativas à própria organização dos serviços, à satisfação dos usuários e ao desenvolvimento e crescimento profissional e pessoal dos trabalhadores/equipes nesse processo (Santos-Filho, 2006).

A organização do atendimento às demandas espontâneas e programadas, ambas integrantes do processo de acolhimento em saúde, deve basear-se nas necessidades observadas e se dar como um processo contínuo que permite modificações à medida que novas demandas surgem (Mattos, 2004). Os diferentes aspectos envolvidos no processo de acolhimento devem ser discutidos amplamente na perspectiva de uma avaliação participativa e formativa envolvendo profissionais, usuários e gestão municipal, buscando provocar movimentos diversos, como a capacitação, o levantamento, a construção e a pactuação de ações que orientem a renovação do trabalho/serviços e propiciem aprendizagens coletivas (Santos-Filho, 2006).

4. O EXERCÍCIO DO VÍNCULO: UMA CONSEQUÊNCIA DO ACOLHIMENTO

A relação do trabalhador com o usuário, o estabelecimento de vínculos, a credibilidade e a confiança entre eles são, aparentemente, consequências do acolhimento (Silva e Alves, 2008).

Vincular-se à unidade de saúde gera satisfação e segurança ao usuário, pois ele se percebe aceito e próximo dos cuidadores. O vínculo implica estabelecer relações tão próximas e tão claras que todo o sofrimento alheio causa sensibilização. É a responsabilização do profissional da saúde junto ao usuário pelo seu bem-estar (Lima et al., 2007).

Dessa forma, considera-se vínculo a responsabilização pelo problema de saúde do usuário, individual e coletivo. (Franco et al., 1999).

As referências criadas pelo vínculo entre usuários e equipe geram uma forte ideia de empoderamento dos usuários, que ocorre por processos de aprendizagem de como se cuidar e também processos de subjetivação que fazem com que eles se sintam com condições, competentes e aptos a se cuidar (Franco e Mehry, 2010) (figuras 03 e 04).



Figuras 03 e 04 – Relato da experiência de uma Unidade de Saúde de Minas Gerais onde o atendimento odontológico domiciliar fortaleceu o vínculo, qualificou o acesso à saúde bucal para pacientes acamados e com dificuldades de locomoção, incentivou o autocuidado e orientou sobre as medidas de prevenção de doenças e outros agravos. Fonte: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/2260>

O vínculo é uma conquista, não um acontecimento imediato. Quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resultado, maior a troca de saberes entre trabalhadores da saúde e comunidade (Coelho e Jorge, 2009).

5. A HUMANIZAÇÃO NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

As práticas de humanização nos serviços de saúde podem variar de acordo com a complexidade da assistência prestada, uma vez que os arranjos organizacionais são feitos, em cada nível, segundo as suas densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (atenção primária à saúde), ao de densidade tecnológica intermediária (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde). Neste sentido, antes de descrever as práticas de humanização serão necessários alguns conceitos dos diferentes níveis de atenção à saúde, bem como, uma breve reflexão de como isso interfere na implementação de práticas humanizadas.

A reestruturação do SUS, na perspectiva de rede de atenção, representou uma estratégia de superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde (Erdmann et al., 2013). A Rede de atenção à saúde (RAS) é constituída por um conjunto de organizações que prestam ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas, com vistas à integralidade do cuidado. Essas organizações interagem por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando-se a horizontalidade nas relações entre pontos de atenção, que se encontram articulados, tanto para a recuperação da saúde quanto em medidas preventivas e de promoção (Brasil, 2010a; Mendes, 2011).

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Para isso, fundamenta-se na compreensão da atenção primária como seu eixo estruturante, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção (figura 05) (Brasil, 2010a; Mendes, 2011).

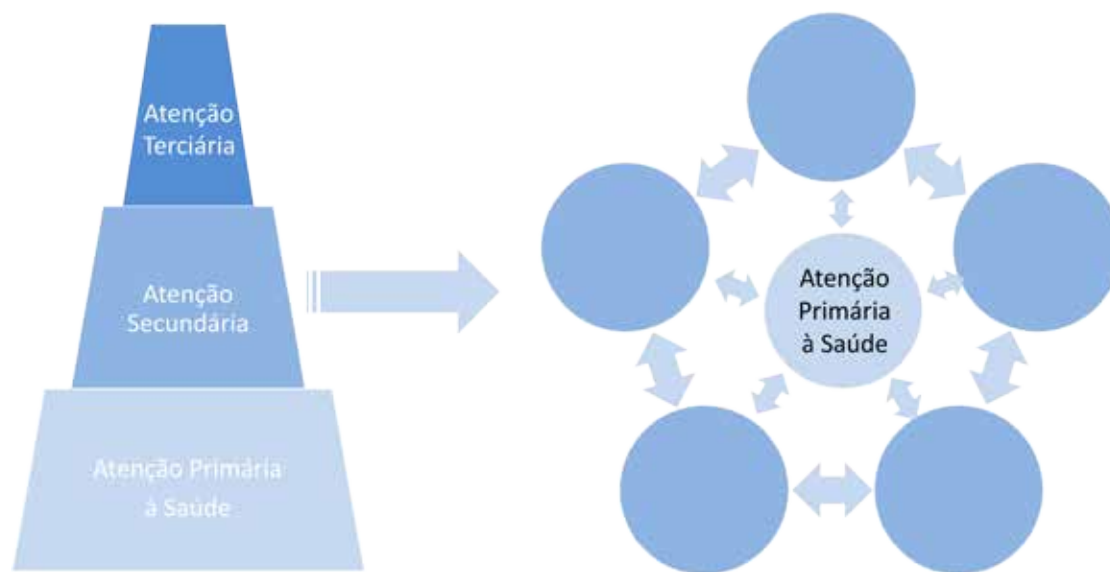


Figura 05 – Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde, que apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na APS.

Fonte: Adaptado de Mendes, 2011

A Política Nacional da Atenção Básica define a Atenção Básica como um conjunto de ações que engloba promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, bem como a redução de danos ou de sofrimento que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável. É uma forma de assistência à saúde que desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida à população de territórios delimitados, pelas quais a equipe assume responsabilidades sanitárias (Brasil, 2012).

Classificam-se como de Nível Primário, as Unidades de Atenção Primária, onde se configura a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. No SUS, a Estratégia Saúde da Família, representa o principal modelo para a organização da APS (Brasil, 2010a).

A atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (Erdmann et al., 2013).

Neste nível estão as Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escolas, locais onde são realizados procedimentos de intervenção bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças (Fonseca, 2008).

Por fim, o nível terciário preocupa-se com o tratamento especializado das doenças ainda mais complexas, concentra os equipamentos com alta incorporação tecnológica, aqueles de última geração e, portanto, mais caros (tais como Ressonância Magnética e PET Scan) e o pessoal que trabalha necessita de formação especializada mais intensiva, no caso dos médicos até em áreas superespecializadas (neurocirurgia, cirurgia de mão, nefrologia pediátrica, cancerologia, dentre outras) que demandam de três a cinco anos de Residência Médica para obter a capacitação (Potter, 2003).

O nível terciário deve estar aparelhado para atender a situações que o nível secundário não conseguiu resolver e eventos mais raros ou aqueles que demandam assistência deste nível do sistema. Nos níveis Terciários, para que os Hospitais de Grande Porte, quer sejam mantidos pelo estado seja pela rede privada, são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida, bem como, condutas de manutenção dos sinais vitais, como suporte básico à vida (Potter, 2003).

Todos os pontos de cuidado à saúde em seus diferentes níveis de atenção (as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros) são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (Brasil, 2010a).

5.1 A HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O nível primário de atenção à saúde engloba um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde da população. Deve ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde e, portanto, o atendimento deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças, para prolongamento da vida (Brasil, 2008; Brasil 2010a; Brasil, 2012).

Para sua efetividade, deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural. Portanto, orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da **coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade**, da integralidade, da responsabilização, **da humanização**, da equidade e da participação social (Brasil, 2004; Brasil, 2008).

A Atenção Primária à Saúde apresenta, portanto, determinadas características, como a extensão e capilaridade de sua rede de serviços, que conferem especial relevância à proposta de humanização (Teixeira, 2005).

O acesso a dados epidemiológicos pode ser útil para indicar uma necessidade e assim organizar o serviço, no entanto é importante se ter em mente que não é a única forma de caracterizar essas necessidades (Mattos, 2004). Para isso os profissionais da APS podem realizar um diagnóstico das principais queixas decorrentes das demandas espontâneas e também das necessidades observadas e relatadas durante visitas domiciliares ou nos grupos. A partir desse diagnóstico podem-se programar quantas consultas de demanda espontânea e programada serão disponibilizadas, quantas consultas serão destinadas aos retornos de rotina dos pacientes programados, como organizar a agenda do médico, da enfermagem e da odontologia e como organizar o atendimento no curativo, vacina, farmácia e em outros setores da Unidade de Saúde (Santos-Filho, 2006).

Para organizar o acolhimento, a partir das necessidades dos usuários, as equipes precisam de espaço para reflexão e discussão do seu processo de trabalho, para planejarem as ações e definirem o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento, isto é, quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias (Brasil, 2013b).

O acolhimento com classificação de risco, um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização, prevê mudanças nos modelos de atenção e gestão, com o rompimento com a lógica perversa do atendimento por ordem de chegada, buscando-se uma organização de modo a promover ampliação efetiva do acesso à Atenção Básica e aos demais pontos de atenção do SUS, objetivando a redução/eliminação de filas, a organização do atendimento com base em riscos priorizados e a adequação da capacidade de resolubilidade (Brasil, 2008).

Em razão dessas possibilidades na APS, tem-se um ambiente fértil para um trabalho com vistas à interação social, o qual possibilita a construção da saúde com a participação de diferentes saberes. Além

disso, a forma como o serviço está organizado influencia as ações dos trabalhadores e usuários dentro dos serviços (Coelho e Jorge, 2009). Para aprimorar as ações de saúde na atenção básica e fazer valer os princípios do SUS faz-se necessário também a implementação do espaço físico, com a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas (Brasil, 2013a).

Todos esses cuidados são importantes para promover um ambiente acolhedor para o paciente e confortável para o trabalho da equipe de saúde (figura 06).



Figura 06 – Relato da experiência de revitalização das Unidades de Saúde em Curitiba (PR). Cantinhos, disposição das cadeiras da sala de espera, presença de revistas, identificação das duplas de consultórios médico/enfermagem pintados por cores alegres, trouxe um novo marco para Atenção Primária: o cuidado com a ambiência para que todos se sintam quase em casa, profissionais e usuários.

Fonte: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/187>

Todavia, o cuidado com o ambiente físico não é o único ponto a ser observado. Tão, ou até mais importante, é o acolhimento realizado por um profissional da equipe de saúde, independentemente do setor a que ele pertença. Portanto, torna-se importante não somente a redefinição física, incorporação de insumos tecnológicos e quantitativos de recursos humanos, mas a reconfiguração do processo de trabalho em saúde, de modo a articular serviços usuários centrados (Malta, 2001).

Na perspectiva de promover um ambiente acolhedor, o treinamento dos trabalhadores no sentido de humanizar a atenção é de vital importância para a execução de atividades de acolhimento, pautadas nas tecnologias das relações, tendo em vista a satisfação dos usuários (Coelho e Jorge, 2009).

Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização elege a Educação Permanente como principal estratégia para o desenvolvimento profissional na área da Saúde. Baseada na aprendizagem significativa, a Educação Permanente constrói os saberes a partir das experiências das pessoas (Brasil, 2003; Rios, 2009).

Na relação do profissional com o paciente, a escuta não é só um ato de generosidade e boa vontade, mas um recurso técnico imprescindível para o diagnóstico e a adesão terapêutica. Na relação entre profissionais, esses espaços são a base para o exercício da gestão participativa e da transdisciplinaridade (Rios, 2009).

Emerge aqui a pertinência de estratégias que reformulem o processo de trabalho em saúde, o acesso, a responsabilização e o trabalho em equipe no uso dos saberes e tecnologias para a solução dos problemas, na definição de papéis e modos de exercícios cotidianos dos saberes (Malta, 2001) (figuras 07 e 08).



Figuras 07 e 08 – Relato da experiência de uma Unidade de Saúde da Família de Minas Gerais, onde na assistência às gestantes, a agenda dos profissionais – médico, enfermeiro e dentista – é compartilhada, com realização de consultas de pré-natal e de reuniões mensais, favorecendo assim o vínculo com este público alvo.

Fonte: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/1757>

O contato entre profissional e paciente deve propiciar o conhecimento do usuário e a continuidade de acompanhamento. Os trabalhadores da saúde devem assumir a responsabilidade pelo acompanhamento do serviço de saúde para com o usuário e reconhecer os limites tecnológicos do serviço. Como trabalhadores da saúde, ao agirem como participantes da saúde dos usuários, estarão trabalhando a subjetividade e a participação dos sujeitos como responsáveis por sua vida e tendo papel central na construção de sua saúde (Coelho e Jorge, 2009).

A organização do acolhimento na APS deve promover a ampliação efetiva do acesso, incluindo à referência aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos/vulnerabilidade priorizados e buscando adequação da capacidade resolutiva (Brasil, 2008).

Contudo, é preciso estar atento para um risco: o de individualizar o problema e culpar o profissional de saúde pela “desumanização” dos serviços. Diante disso, torna-se imprescindível que os gestores promovam condições de trabalho apropriadas com estímulo à educação permanente, de modo a permitir a atenção integral e qualificada (Lopes et al., 2014).

Um ambiente verdadeiramente humanizado requer, necessariamente, a educação dos profissionais da saúde dentro dos princípios da humanização e o desenvolvimento de ações protetoras contra as situações de sofrimento e estresse decorrentes do próprio trabalho e ambiente em que se dão as práticas de saúde (Rios, 2009), de tal forma que o processo de humanização ocorra, para além das ações burocráticas, na e pela intersubjetividade dos sujeitos que (re)produzem as práticas de cuidado. Caso contrário, corre-se o risco de consolidar regras e normas que engessam as ações e constroem práticas mais uma vez estereotipadas, descontextualizadas e acríticas (Lopes et al., 2014).

A Humanização requer ações na prática cotidiana, que criem bases para a gestão participativa, com a criação de espaços de discussão para a contextualização dos impasses, sofrimentos, angústias e desgastes a que se submetem os profissionais de saúde no dia a dia (pela própria natureza do seu trabalho), e estimulem o pensar e decidir coletivamente sobre a organização do trabalho, envolvendo gestores, usuários e trabalhadores, em grupos com diversas formações (Rios, 2009).

O baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades (Brasil, 2004).

Nas rodas de conversa, oficinas e reuniões é possível discutir os problemas de trabalho, propõem-se soluções gerenciais, mudanças na sua organização e definem-se ações educativas de acordo com as necessidades observadas (Rios, 2009).

Nota 1: Esse texto ganhou destaque, pois trata-se de experiências de uma das autoras durante o trabalho em Unidades de Atenção Primária à Saúde, no Espírito Santo. Foram compartilhadas aqui, pois acreditamos que podem contribuir com a realidade de outros locais e porque queremos aproximar o leitor ainda mais das situações reais do trabalho.

Nota 2: Durante o texto o leitor encontrou algumas imagens com relatos de experiências. Essas imagens foram retiradas do site “Comunidade de Práticas”, que trata-se de um espaço online criado pelo Ministério da Saúde, onde gestores e trabalhadores da saúde se encontram para trocar informações e compartilhar experiências sobre seu cotidiano de trabalho. Sugerimos que o leitor acesse o site “<https://novo.atencaobasica.org.br/>” e visualize alguns relatos. Acreditamos que lá será possível encontrar inspiração para o enfrentamento das situações que lidamos no dia a dia.

5.2 A HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE

A atenção à saúde, em seu nível secundário, desempenha um papel imprescindível na resolubilidade e integralidade do cuidado, com ampliação do acesso às consultas e procedimentos especializados, articulando os pontos da rede de atenção à saúde que tradicionalmente encontravam-se distantes (Erdmann et al., 2013).

A organização dos fluxos assistenciais que facilitam ou dificultam o acesso dos pacientes aos serviços de saúde é um domínio importante para garantia da Humanização (Nora e Junges, 2013). Ou seja, no segundo nível de atenção é importante que o paciente tenha acesso e garantia de cuidados contínuos, fortalecendo a ação da atenção primária. Para isso, o estabelecimento de fluxos e contrafluxos deve organizar o caminhar do usuário pela rede, evitando o surgimento de situações “desumanizadas”, onde o paciente fica perdido e sem ter condições de, sozinho, se orientar pelos pontos de atendimento (Erdmann et al., 2013).

A organização, pelos gestores da saúde, de um adequado sistema de referência à atenção especializada ainda representa um dos mais importantes desafios a serem enfrentados e evidencia, no cotidiano dos serviços, a busca por uma assistência integral aos cidadãos (Rodrigues et al., 2013).

A referência é representada pelo encaminhamento do paciente com necessidades de saúde complexas para centros de atenção especializada. O sentido contrário, ou seja, o retorno do paciente ao nível da atenção primária próxima de sua residência é denominado contrarreferência. O estabelecimento de métodos para facilitar esse fluxo é primordial para que se faça um atendimento integral e, dessa forma, uma atenção à saúde de fato humanizada (Rodrigues et al., 2013) (figura 09). As dificuldades encontradas nesse trajeto são definitivamente os entraves da integralidade. Superá-las e/ou amenizá-las, pode encurtar o caminho para a resolução das necessidades em saúde (Vazquez et al., 2014).



Figura 09 – Esquema de referência e contrarreferência entre APS e atenção secundária. Os gestores devem ter atenção cuidadosa para garantir que não haja empecilhos nos fluxos comunicantes que possam impedir o caminhar do paciente pela rede, uma vez que o atendimento integral (com a referência) e a continuidade do cuidado próxima à residência (com a contrarreferência) são primordiais para uma atenção à saúde humanizada.

Entre os pontos de atendimento da Atenção Secundária encontram-se os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que devem se constituir em unidades de referência para a Atenção Básica, integrados ao processo de planejamento loco-regional e ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor (Brasil, 2006).

A organização do referenciamento dos pacientes para os CEOs é feita a partir da Atenção Básica. Com o sentido na Humanização do cuidado à saúde, espera-se que a interface ideal entre a atenção primária e secundária apresente as seguintes características (Morris e Burke, 2006, grifo nosso):

Equidade – onde todos os casos, diagnosticados apropriadamente, devem ser referenciados a um nível de maior complexidade **sem barreiras** para este referenciamento;

Integralidade – todo tratamento requerido deve estar disponível e acessível, seja no nível primário ou secundário, onde o **fluxo entre os níveis é facilmente conseguido**; e

Interface eficiente e eficaz – garantindo-se que as referências sejam apropriadas e devidamente **oportunas** e com mecanismos de triagem adequados e que as **contrarreferências também sejam asseguradas** após o tratamento completado, ou até mesmo, ao longo do mesmo

Considerando que o acesso às ações e a qualidade do cuidado oferecido aos cidadãos são princípios do sistema de saúde que refletem as práticas realizadas (Erdmann et al., 2013), torna-se imperioso afirmar que os encaminhamentos feitos no primeiro nível de atenção devem basear-se em critérios pactuados com a equipe de saúde, visando a diminuição de filas, tempo de espera por consulta, economia de recursos, otimização e melhoria na qualidade do serviço. Mas também, que a contrarreferência assume papel singular no sentido de **coordenação do cuidado, da continuidade**, da integralidade, da responsabilidade e **da humanização** (Brasil, 2004; Brasil, 2008).

5.3 A HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE

O significado da humanização na assistência em âmbitos de maior complexidade, como os hospitais, precisa ser compreendido dentro de um panorama bastante amplo. A questão do termo humanismo, ou seja, o ser humano colocado como valor e acima de todas as outras coisas, é antiga na história da humanidade, porém até o momento existem definições generalistas sobre humanização, mas não um consenso quanto ao conceito de humanização da assistência hospitalar.

O hospital sempre foi modelo hegemônico no setor de saúde do país e está presente na nossa história desde a criação da Santa Casa de Misericórdia de Santos, em 1543. Durante séculos sua missão esteve praticamente inalterada, mas a partir do final do século XIX, como consequência de grandes trans-

formações externas ao seu ambiente, modificou-se e transformou-se em uma organização bastante complexa e dispendiosa.

Em 2001, o Ministério da Saúde propôs algumas definições no programa que posteriormente transformou-se em política, a PNHH (Política Nacional de Humanização Hospitalar) criada para incentivar a humanização nas organizações de saúde (Brasil, 2001b).

Em 25 de março de 2015 foi publicada a Portaria Interministerial número 285 (Saúde e Educação), no Diário Oficial da União, que estabelece critérios para certificação e reconhecimento dos hospitais de ensino. Entre os critérios elencados para ser reconhecido como hospital de ensino está a implantação das diretrizes recomendadas na Política Nacional de Humanização (PNH) para ambiência, clínica ampliada, cogestão, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários e redes de produção de saúde (Brasil, 2015).

É relevante considerar que aspectos éticos na administração das organizações de saúde são importantes interfaces da política de humanização da assistência, pois os modelos de gestão de qualidade propõem metodologias para melhorar o desempenho das organizações, como por exemplo, os programas de QVT (Qualidade de vida no trabalho).

A falta de investimento em todos os níveis do setor saúde, a falta de porta de entrada eficaz na rede de atendimento básico, assim como todos os impasses e desafios ao pleno desenvolvimento do SUS, dentre outros aspectos, contribuem para a sobrecarga dos serviços de emergência que se encontram com número excessivo de usuários que não requerem cuidados hospitalares, mas sim, cuidados primários de saúde (Silva, 2003).

A necessidade de se realizar uma gestão humanizada do serviço de emergência, com procedimentos uniformes realizados pela equipe multiprofissional, através de protocolos de atuação e apoio para tomada de decisão clínica, que tenham como objetivo assegurar que os clientes graves tenham prioridades no atendimento (Brasil, 2004) contribuiu para a implantação de um sistema classificação de risco e acolhimento dos usuários.

Para a implementação das ações de Humanização na Urgência e Emergência, nos prontos socorros, nos prontos atendimentos, na assistência Pré-Hospitalar e outros, alguns parâmetros são necessários. Dentre eles estão o acolhimento da demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência (Brasil, 2004; Brasil 2008).

Dentre os protocolos de classificação de risco já existentes destaca-se o Sistema de Triagem de Manchester (STM). Esse Sistema, muito utilizado na União Europeia, visa padronizar o atendimento nas emergências e garantir um tempo de espera condizente com a gravidade dos casos. Ao ser empregado permite que a priorização do atendimento seja feita de acordo com a condição clínica do paciente e não por ordem de chegada (Cordeiro Junior et al., 2014).

A Triagem de Manchester teve origem na Inglaterra, na cidade de Manchester, sendo utilizado pela primeira vez em 1997 (Cordeiro Junior et al., 2014). No Brasil a política nacional de humanização foi um dos reforços que ocorreram para implementar sua utilização, que se deu pela primeira vez em 2007, em Belo Horizonte, no Estado de Minas Gerais. Posteriormente a palavra triagem acabou sendo substituída por classificação de risco (Brasil, 2009; Cordeiro Junior et al., 2014).

O STM dispõe de 52 condições pré-definidas ou fluxogramas de apresentação. Resumidamente, a queixa do paciente leva a um fluxograma de apresentação composto pelos discriminadores e, as respostas positivas ou negativas a esses discriminadores levam a uma prioridade clínica definida por cores, que correspondem à gravidade e ao tempo máximo que o paciente pode esperar por atendimento (Quadro 01) (Cordeiro Junior et al., 2014).

Quadro 01: Classificação de risco para acolhimento da demanda

Cor	Gravidade	Conduta	Tempo Máximo de espera por atendimento
Vermelho	Emergência	O paciente necessita de atendimento imediato	Nenhum tempo de espera
Laranja	Muito urgente	O paciente necessita de atendimento o mais prontamente possível	10 minutos
Amarelo	Urgente	O paciente precisa de avaliação. Não é considerada uma emergência, já que possui condições clínicas para aguardar	60 minutos
Verde	Pouco urgente	É o caso menos grave, que exige atendimento médico, mas pode ser assistido no consultório médico ambulatorialmente	120 minutos
Azul	Não urgente	É o caso de menor complexidade e sem problemas recentes. Este paciente deve ser acompanhado no consultório médico ambulatorialmente	240 minutos

Fonte: Adaptado de Cordeiro Junior et al., 2014.

O processo de classificação se dá com a abertura de ficha no setor. Após, o paciente é direcionado para a sala de triagem. O enfermeiro triador identifica a queixa principal e através dela associa um fluxograma de Manchester a ser aplicado. Baseado nas respostas do paciente ele identificará uma cor para o risco. O enfermeiro é o profissional responsável por este processo.

Dessa maneira, ressalta-se que o atendimento num serviço de emergência pode ser um momento crucial para a escuta da necessidade de consumo de certas tecnologias para melhorar e prolongar a vida do indivíduo, mas que por sua vez, podem não estar disponíveis no pronto-socorro, mas sim em outros setores ou unidades.

A intervenção do especialista se faz necessária para alcançar a eficácia plena no uso das tecnologias, porém, se não souber do modo e condições de vida do paciente, inclusive seu vínculo com outra equipe ou profissional, seu grau de autonomia e a interpretação que faz de sua doença, não haverá resolutividade. Simples como hipótese, muito difícil de implementar na prática (Cecílio, 2006).

Logo, vem a questão de como cada profissional percebe e decide realizar práticas humanizadas, como contribui com o serviço ou com a Política de humanização, como se preocupa em estabelecer vínculo com outros serviços e com o usuário referenciando-o para continuidade do tratamento?

O conceito de humanização é extremamente amplo podendo ser entendido por cada um, de acordo com seu grau de preparo, concepção de vida e boa vontade. O importante é que cada ator envolvido parta para a “práxis” e dê a contribuição que julgar pertinente para a humanização do sistema de saúde (Mello, 2008).

Ser um profissional humanizado é algo que está intrínseco na sua formação pessoal que se aprimora com formação profissional. Nem todos os profissionais de saúde tem facilidade em desenvolver o processo de humanização, ter a capacidade de se colocar no lugar do outro, ter vontade de ajudá-lo sem pensar que somente é sua obrigação. Por isso, implantar a humanização nos serviços de urgência e emergência é mais que um desafio, é uma constante batalha, dentro de um ambiente repleto de tensões e estresse.

Quadro 02: Exemplos de programas, projetos e políticas na área de saúde criados ou estimulados pelo ministério da saúde que favorecem práticas de humanização:

PROGRAMAS E PROJETOS	OBJETIVOS	AGENTES
Parto humanizado	Objetiva garantir o nascimento natural, saudável e prevenir mortalidade de recém-nascidos. As mães permanecem poucas horas no local de atendimento e, após sua saída, recebem visita domiciliar para orientações.	Parteiras qualificadas dos locais credenciados.
Atenção integral à mulher	Objetiva ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS.	Trabalhadores das organizações de saúde.
Rede bancos de leite	Objetiva fornecer leite humano pasteurizado para crianças prematuras, de baixo peso ou hospitalizadas, através da coleta de leite de mulheres voluntárias, cadastradas e avaliadas sistematicamente quanto à saúde. O Brasil possui a maior rede de banco de leite humano do mundo.	Profissionais de 150 hospitais credenciados do país.
Método Canguru (assistência à criança recém-nascida de baixo peso)	Objetiva melhorar, substancialmente, as chances de vida de recém-nascidos de baixo peso em hospitais de risco do SUS, através da interação com a família e do aleitamento materno.	Hospitais públicos ou privados que aderiram ao método.

Hospital amigo da criança	Objetiva atenção humanizada à mãe e filho através do incentivo ao aleitamento materno. O programa é credenciado pelo MS, do qual recebe suporte financeiro além da capacitação de seus profissionais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) apóiam o trabalho dessas instituições.	Profissionais capacitados que pertencem ao quadro dos hospitais credenciados.
Carteiro amigo	Objetiva levar material educativo para mães, estimulando o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade.	Carteiros inseridos no programa mantido pelo MS em parceria com a Empresa Brasileira de Correios e telégrafos
Bombeiro amigo	Objetiva recolher o leite humano coletado por mulheres voluntárias em seus domicílios, para aumentar o estoque dos bancos de leite.	Bombeiros de estados do Brasil que trabalham em parceria com o MS.
Registro civil	Objetiva fornecer o registro gratuito de nascimentos e óbitos (documentos de cidadania) e desburocratização do processo: a) Dispensa a necessidade de duas testemunhas quando o parto ocorre em estabelecimento de saúde. b) Dispensa multa dos pais quando o registro da criança é feito fora do prazo estipulado em lei. c) Disponibiliza postos avançados em maternidades do SUS.	Equipes do programa “Agente Comunitários em Saúde” e equipes da Estratégia “Saúde da Família para Atenção de Qualidade à criança”
Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)	Objetiva integrar promoção, prevenção e assistência às doenças mais comuns da infância para reduzir prevalência e mortes em crianças até cinco anos de idade.	Equipes do programa “Agente Comunitários em Saúde” e equipes da Estratégia “Saúde da Família para Atenção de Qualidade à criança”

Prevenção de Acidentes e Violência na Infância	Objetiva o reconhecimento de crianças em situação de risco para violência, embasado em protocolos e na cartilha “Violência Intrafamiliar e Direitos Humanos”. Esse material foi elaborado, especialmente, para reconhecer situação de risco. O programa é uma parceria entre o MS, Sociedade Brasileira de Pediatria e Ministério da Justiça.	Equipes da Estratégia “Saúde da Família” (protocolos) e equipes dos agentes comunitários (cartilha).
Biblioteca viva	Objetiva proporcionar atividades de leituras para a criança e seus familiares, quando a mesma encontra-se internada, através de parceria do MS, Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e Citybank.	Mediadores de leituras capacitados pelo programa “Biblioteca Viva”
Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD)	Objetiva acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança para detectar, precocemente, eventuais problemas de saúde, estado nutricional, capacidade mental e situação social. Fornece o “cartão da criança” ao usuário, que fica com a família.	Servidores inseridos nos programas de atenção básica do governo e Sociedade Viva Cazuza.
Sociedade Viva Cazuza	Objetiva (com apoio do MS e Coordenação Nacional de DST e AIDS) proporcionar vida melhor aos portadores do HIV/AIDS, por meio da cidadania, assistência à saúde, educação e lazer.	Fundadores da Sociedade, com equipe de funcionários e voluntários, que foram capacitados em HIV/AIDS e receberam treinamento para oferecer atendimento humanizado a portadores (crianças e adultos).
Academia da saúde	Lançado em abril de 2011, estimula a criação de espaços públicos adequados para a prática de atividade física e de lazer. O objetivo é contribuir para a promoção da saúde da população.	Profissionais de saúde das UBS e ESF.

Projeto Expande	Lançado em 2001 pelo Instituto Nacional de Câncer (Inca) e pelo Ministério da Saúde, tem o principal de objetivo estruturar a integração da assistência oncológica no Brasil, a fim de obter um padrão de alta qualidade na cobertura da população.	Unidades hospitalares de alta complexidade.
Melhor em casa	Lançado em 8 de novembro de 2011, o programa amplia o atendimento domiciliar aos brasileiros no Sistema Único de Saúde (SUS). O princípio é oferecer, aos pacientes da rede pública de saúde, um serviço humanizado e acolhedor.	Profissionais de saúde vinculados ao SUS.
Saúde do idoso	Busca garantir atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento familiar, saudável e ativo.	Profissionais de saúde do ESF.
Saúde do homem	Lançada dia 27 de agosto de 2009, tem por objetivo facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde.	Profissionais de saúde do ESF.
Crack: é possível vencer	Está inserido dentro da Política Saúde Mental. Tem por objetivo aumentar a oferta de serviços de tratamento aos usuários de crack e seus familiares.	Profissionais de saúde, assistentes sociais, Ministério Público, Polícias.

Fonte: Adaptado de Mello, 2008.

6. Condutas Humanizadas No Pronto Atendimento

Triagem

É uma etapa determinante no processo de humanização em ambiente terciário, é o momento da escuta e da empatia, é o início de um vínculo de confiança tanto no contexto individual para com o profissional que o atende, quanto para com o serviço.

Se o usuário não se sentir acolhido e receber orientações adequadas durante a triagem, fará um prejulgamento de que todo o serviço não está apto ou interessado em resolver seus problemas “graves” de saúde. Por experiência prática, a maioria dos usuários com ou sem acompanhantes que procuram um pronto atendimento ou pronto socorro por meios próprios, sem ter sido referenciado por um outro serviço de menor complexidade, tem a predefinição de que seu problema é o mais grave de todos, de que precisam ser atendidos antes daquelas pessoas que já foram classificadas por prioridade na triagem e estão aguardando o atendimento médico.

Portanto, o estresse que pode ocorrer nas portas da triagem do serviço terciário é uma questão pontual, o medo de não receber atenção e o devido atendimento médico. A falta de informações e de um direcionamento retilíneo entre os serviços de saúde ou até mesmo uma má experiência que já vivenciou neste aspecto, tudo influencia o usuário a se sentir em um ambiente frio e desumano. Sendo assim, os profissionais da triagem além de ter a capacitação do STM (sistema triagem de Manchester), precisam ter o perfil de educadores, não só para realizarem as melhores orientações, mas de se fazerem compreender pelos usuários, demonstrando preocupação, responsabilidade e solidariedade com a dor do outro.

Atendimento a vítimas de violência sexual

O atendimento dos casos de violência não deve ser uma ação solitária do profissional. É, desde o princípio, uma ação multiprofissional, no próprio serviço, e articulada com a rede de cuidado e de proteção social.

A atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situações de violência em linha de cuidado fortalece a responsabilização dos serviços, o envolvimento do profissional numa cadeia de produção do cuidado em saúde e de proteção social no território (Brasil, 2010b).

A qualidade do acolhimento, a escuta competente e afetiva, a amplitude das relações estabelecidas pelos profissionais de saúde com seus usuários, a facilidade do acesso às ações de saúde oferecidas e as linhas de cuidado definidas pelos serviços e suas equipes é que possibilitam maior capacidade de identificação dos casos de violência, mesmo aqueles mais difíceis (Brasil, 2010b).

Atitudes positivas do profissional de saúde no atendimento a vítimas de violência – aplicado às crianças e adolescentes (Brasil, 2010b):

- Garantir o **direito** à individualidade e à singularidade de cada família e de cada vítima.
- Garantir o atendimento específico da saúde **sem prejuízo** das ações de proteção e vice-versa.
- Estimular a criança ou o (a) adolescente e suas famílias a adotarem estratégias de proteção para **enfrentarem** as dificuldades geradas a partir do momento da publicitação da violência sofrida.
- Oferecer orientações e suporte para que a criança ou adolescente possa compreender com mais clareza o processo que está vivendo.
- Ouvir, atenta e exclusivamente, a criança ou o adolescente. Evitar interrupções, para não fragmentar todo o **processo de confiança** adquirido. Se necessário, primeiramente, conversar sobre assuntos diversos, podendo contar com o apoio de jogos, desenhos, livros e outros recursos lúdicos.
- Demonstrar segurança durante o atendimento, a fim de **fortalecer a confiança**.
- Evitar que a ansiedade ou curiosidade do profissional leve-o a pressionar o paciente ou sua família para obter informações. Procurar não perguntar diretamente os detalhes da violência sofrida.
- Permitir que a criança ou o adolescente se expresse com suas próprias palavras, **respeitando** seu ritmo. Perguntas que obriguem a precisão de tempo devem ser sempre associadas a eventos comemorativos, como Natal, Páscoa, férias, aniversários e outros.
- Utilizar linguagem simples e clara para que a criança ou o adolescente entenda o que está sendo dito. Utilizar as mesmas palavras usadas pela criança (para identificar as diferentes partes do

corpo, por exemplo). Se a criança perceber que o profissional reluta em empregar certas palavras, ela poderá também relutar em usá-las.

- Confirmar com a criança ou o adolescente se você, como profissional, está, de fato, compreendendo o que ela está relatando.
- **Expressar apoio e solidariedade por meio do contato físico** com a criança/adolescente apenas se ela/ele assim o permitir. O contato físico entre o profissional e a criança ou o(a) adolescente pode **fortalecer vínculos** e, principalmente, **transmitir segurança e quebrar ansiedade**.
- Explicar à criança/adolescente o que acontecerá em seguida, como a equipe procederá, ressaltando sempre que ela estará protegida.
- Analisar, sempre em equipe, as soluções possíveis para as situações de violências suspeitas ou confirmadas. A tomada de decisão das medidas de proteção a serem adotadas em cada caso deve ser sempre em conjunto, apoiada em evidências, após prestar **acolhimento e atendimento**.
- Refletir durante o processo do atendimento quando será o melhor momento e a forma de o Conselho Tutelar ser comunicado e sempre informar a criança, o (a) adolescente e/ou a família sobre o procedimento que será feito.

Maneiras de humanizar durante procedimentos dolorosos

Executar a humanização durante os procedimentos dolorosos é um ato de profissionalismo, ética e solidariedade para com a dor do outro, é realmente praticar a humanidade e repudiar o sadismo em ambientes de saúde.

Um exemplo prático disso é durante as punções venosas, onde existe o medo da agulha, o medo de que o profissional não consiga o acesso na primeira “picada” e a ansiedade do próprio profissional em terminar aquele procedimento rapidamente, tudo isso dificulta no controle da dor e define o tipo de experiência que o usuário terá com o serviço. Logo, é possível realizar boas práticas antes, durante e após este procedimento, tais como: aquecer o membro antes da punção, garrotear o membro com uma pressão moderada, utilizar um campo de tecido entre o garrote e o membro para não repuxar a pele causando dor desnecessária, palpar a veia com delicadeza e só puncionar quando realmente sentir e/ou ver a veia, sendo assertivo na introdução da agulha e evitando ter que fazer isso mais que uma vez.

Durante todo o procedimento invasivo e doloroso, ser comunicativo e agradável com o paciente facilita com que ele sinta o profissional como alguém que se importa com sua dor, tornando aquela experiência menos traumática. No caso de crianças, evitar fazer contenções agressivas, de preferência deixá-la em um ambiente tranquilo e no colo da mãe ou de alguém na qual tem confiança, distraíndo-a com algum brinquedo, música, desenho e/ou pintura, sempre comunicando-se com um tom de voz ameno.

Quando for um procedimento onde está previsto o uso de anestésicos, realizar protocolo no serviço para o uso adequado do mesmo.

Nota 3: Durante o tópico sobre “Humanização na Atenção Terciária” o leitor encontrou parte do texto. Esses relatos ganharam destaque, pois representam experiências vividas por uma das autoras em ambientes hospitalares no Paraná. Foram compartilhados aqui, pois como mencionado no texto, acreditamos que ser um profissional humanizado é algo que está intrínseco em nossa formação pessoal, mas que é possível de ser aprimorado pela formação profissional e pela experiência no serviço. Dessa forma esperamos contribuir para reflexão dos leitores sobre o cuidado que um profissional de saúde deve ter em cada fase de relacionamento com o usuário.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Humanização só é possível na prática se gestores, profissionais de saúde e também usuários fizerem dela mais que uma política ou um discurso, mas a transformarem em um modelo de gestão (gestores), uma conquista diária na prática do serviço (profissionais) e um desafio a ser incansavelmente debatido nas instâncias pertinentes ao controle social (usuários).

A atenção primária, por ser o eixo estruturante da rede de atenção à saúde apresenta especial relevância para humanização. Como porta de entrada no sistema a APS deve garantir que o usuário-paciente terá de fato uma atenção integral. Mesmo que para isso, em alguns casos, a APS dependa de referências para os pontos de atenção em níveis de maior complexidade, uma vez que ele sempre voltará (contrarreferência) para acompanhamento com a equipe da APS. Essa garantia permite o acolhimento e o vínculo entre a equipe e o paciente. Para tal, é de importância inegável o papel do gestor em garantir condições de trabalho adequadas com valorização e cuidado dos trabalhadores da saúde.

Sendo assim, o acolhimento e o vínculo são essenciais para resolver os problemas de saúde da população, promovem a acessibilidade ao serviço e estabelecem uma relação de confiança, são facilitadores da aprendizagem do usuário não só em realizar o autocuidado, mas de multiplicar o conhecimento sobre como cuidar da saúde. Neste sentido, a humanização deixa de ser uma palavra para se tornar uma prática.

8. REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 11. Conferência Nacional de Saúde; 2000 dez 15-19; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União; 2010a dez 30.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União; 2006 mar 24.
- Brasil. Ministério da Saúde. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Portaria Interministerial MS/MEC n. 285, de 24 de março de 2015 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b. 104p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – PNH. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento – cartilha de informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização – documento para discussão. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus_2004.pdf.
- Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2006.
- Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc Saúde Colet*. 2009; 14(Supl 1): 1523-31.
- Cordeiro Junior W, Torres BLB, Rausch MCP. Sistema Manchester de classificação de risco: comparando modelos. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2014 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: <http://www.gbcr.org.br/downloads>.
- Deslandes S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Colet*. 2004; 9(1): 7-14.
- Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013; 21(nesp): 131-9.
- Fonseca RP, Trentini CM, Valli F, Silva RAN. Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença. *Ciênc Saúde Colet*. 2008; 13(4): 1275-84.
- Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(2): 345-53.
- Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; 2010.

- Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(1): 12-7.
- Lopes GVDO, Menezes TMO, Miranda AC, Araújo KL, Guimarães ELP. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(1): 104-10.
- Maciel-Lima SM. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(2): 502-11.
- Malta DC. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 – 1996 [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2001.
- Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(5): 1411-6.
- Mello IM. Humanização da assistência hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. 2008 mar. 3 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em: http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549p.
- Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público.* 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2007a. p.71-112.
- Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver – SUS Brasil: cadernos de textos.* Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.108-37.
- Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciênc Saúde Colet.* 1999; 4(2): 305-14.
- Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2007b.
- Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. *Br Dent J.* 2001; 191(12): 660-4.
- Nora CRD, Junges JR. Humanization policy in primary health care: a systematic review. *Rev Saúde Pública.* 2013; 47(6): 1186-200.
- Pereira EHP, Barros RDB. Humanização. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde.* 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008 [acesso 2014 nov 20]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>.
- Potter PA, Perry AG. *Soins infirmiers.* Montreal: Beauchemin; 2003.
- Rios IC. Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão. São Paulo: Áurea Editora, 2009.
- Rodrigues LA, Vieira JDM, Leite ICG. Fluxo de referência para um centro de especialidades odontológicas do sudeste brasileiro. *Cad Saúde Colet.* 2013; 21(1): 40-5.
- Santos-Filho SB. Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na atenção básica e hospitalar: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. 2006 [acesso 2015 maio 29]. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_5.pdf.
- Silva LG, Alves MS. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Rev APS.* 2008; 11(1): 74-84.
- Silva PLB. Serviços de saúde o dilema do SUS na nova década. *São Paulo Perspect.* 2003; 17(1): 69-85.
- Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2005; 10(3): 585-97.
- Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2005; 10(3): 599-613.
- Vazquez FL, Guerra LM, Vitor ESA, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Meneghim MC, et al. Referência e contrarreferência na atenção secundária em odontologia em Campinas, SP, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2014; 19(1): 245-56.

CAPÍTULO 10 – AÇÕES TRANSETORIAIS E TRABALHO EM REDE

Autores:

Adriana Dantas da Costa

Fonoaudióloga Prefeitura Municipal de São Carlos, Mestranda Mestrado Profissional em Od. Saúde Coletiva, FOP UNICAMP

Elaine Regina Defavari

Enfermeira Prefeitura Municipal de Piracicaba, Mestranda Mestrado Profissional em Od. Saúde Coletiva, FOP UNICAMP

Antonio Carlos Pereira

Docente do Departamento de Odontologia Social FOP UNICAMP, Mestre e Doutor em Saúde Pública, FSP USP

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos do Capítulo

Este capítulo tem como objetivo abordar a integração de saberes e práticas entre vários profissionais para otimizar a prática dos diversos atores e resolutividade no serviço público.

Conteúdo programático

- I. Processo Histórico;
- II. Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade, Transdisciplinaridade e seus correspondentes setoriais: Intersetorialidade e transetorialidade;
- III. Empoderamento;
- IV. Trabalho em Rede;
- V. Conflito de Interesses;
- VI. Papel da Universidade;
- VII. Experiências.

Leitura Obrigatória

Almeida Filho N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Rev Adm Pública*. 2000; 34(6): 11-34.

Bosio RS. Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade: uma análise da prática de atividades multi e interdisciplinares na visão dos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Petrópolis – RJ [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas; 2009.

Leitura Complementar

Akerman M, Franco de Sá R, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! *Ciê. Saúde Colet*. 2014; 19(11): 4291-300.

Westphal MF. A nova saúde pública. *J USP*. 2001; 15(545): 2.

Atividades

1. Segatto C. Quer dizer que médico pode chorar? Como um professor da Faculdade de Medicina da Unicamp ajuda os alunos a trocar o cinismo pela capacidade de se colocar no lugar do paciente. *Época*, 2015 jan 26 [acesso 2015 fev 28]. Disponível em: <http://epoca.globo.com/colunas-e-blogs/cristiane-segatto/noticia/2015/01/quer-dizer-que-bmedico-pode-chorarb.html>.
2. Visite uma ou mais unidades básicas de saúde de seu município e questione ao gerente quais ações transeitoriais são realizadas pela equipe da unidade.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O entendimento da complexidade da relação saúde doença exige uma nova concepção de trabalho, que seja integrada e articulada entre os vários segmentos e setores atuantes num dado território, de forma a integrar saberes e experiências, além da diversidade inerente, a qual é denominada transetorialidade. Esta deve estabelecer um conjunto de relações e construir uma rede na identidade de projetos, desenhando a compreensão global das demandas coletivas entre os profissionais, como também entre estes e a população. Sendo que esta última assume um papel ativo da identificação e na solução dos problemas, modificando seu papel de objeto para sujeito de intervenção. Concomitante a esse processo, as Universidades devem aderir a uma nova postura, objetivando atender às demandas sociais relacionadas à saúde, por meio de novos cursos e reestruturação de disciplinas já existentes.

O conceito saúde vem passando por modificações ao longo dos anos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) a define como: “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença”. Porém, essa proposta não se remete a um ideal de vida real dos indivíduos, pois desconsidera outros fatores que envolvem a adequação da vida social, como o modo de levar a vida de cada um e sua relação com o espaço e território de inclusão (Santos e Westphal, 1999; Pereira, 2012).

Tais conceitos estão relacionados aos processos históricos, reconhecendo as limitações do paradigma tradicional da visão biologicista e individualista, qual visava uma prática sanitária na busca da cura dos indivíduos que manifestavam alguma doença (Santos e Westphal, 1999; Moysés e Moysés, 2009).

No transcorrer do século XIX, com a diminuição das doenças transmissíveis e consequente aumento das doenças crônicas não transmissíveis, houve o deslocamento da ênfase curativista para preventiva (Santos e Westphal, 1999).

A medicina preventiva, mesmo ampliando o espaço para a atuação do profissional de saúde, não dá conta de todo o processo de saúde doença, assim como da gênese dos riscos que envolvem o indivíduo, dando origem a um novo paradigma denominado Promoção de Saúde (Santos e Westphal, 1999).

Relacionando-se, então, o conceito de promoção à história da saúde, ocorre uma transição que fazer saúde não está focada somente no processo saúde-doença, mas de todos os determinantes que norteiam a vida de um indivíduo, na busca de novas realidades políticas, que tornem mais eficientes as ações sociais e ambientais por saúde e qualidade de vida (Santos e Westphal, 1999; Moysés e Moysés, 2009). Buscando novos caminhos baseados em um conjunto de valores: equidade social, participação social, democracia, responsabilidade política e justiça social (Westphal, 2001).

A ideia de que a saúde é produzida socialmente implica o reconhecimento que os determinantes de saúde são mediados pelo sistema social, assim como pelas relações sociais que operam o sistema (Santos e Westphal, 1999). Porém, o setor saúde não dá conta da saúde como vetor para a qualidade de vida, relacionada aos determinantes sociais, sendo necessária a articulação com os demais setores da esfera social e econômica. Assim como profissionais de saúde detentores de saberes e práticas específicas, atuando isoladamente, não dão conta dos problemas relacionados ao processo saúde-doença e de lidar com realidades complexas, resultando a necessidade de trabalho em equipes multiprofissionais (Inojosa e Junqueira, 2008; Moysés, 2009; Moysés e Moysés, 2009).

Na tentativa de suprir essa necessidade, a multidisciplinaridade é caracterizada pela justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo tema ou problema, porém sem o estabelecimento de relações entre os profissionais representantes de cada área no plano técnico ou científico. Essas várias disciplinas são colocadas lado a lado, carecendo então de iniciativas entre si e de organização institucional que estimule e garanta o trânsito entre elas (Bosio, 2009).

Tendo em vista a interação entre as disciplinas, elas podem variar significativamente em intensidade e intercâmbio. Sendo assim, para caracterizar as diferentes formas de aproximação e trocas entre saberes e disciplinas, foram delineados os modos de interação disciplinar, fixando-os em algum ponto entre dois polos: por um lado, quase nenhum contato entre as disciplinas, e, no outro extremo, grande intercâmbio entre elas. Assim, tem-se a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade que representam, respectivamente, graus cada vez maiores de interação e troca entre universos disciplinares distintos. Essa classificação, proposta por Jantsch em 1972 (Bosio, 2009), é a mais comumente utilizada, encontrando-se graficamente representada na Figura 1. E seus desdobramentos no Quadro 1.

Já no campo das políticas sociais, a multidisciplinaridade ocorre na representação de conjunto de “setores”, de forma independente e, no limite, apenas comunicantes entre si. Para remediar essa segmentação tão indesejada faz-se necessária uma estratégia denominada intersectorialidade (Almeida Filho, 2000), na qual seus atores e suas ações, transcendam significativamente as fronteiras do denominado “setor de saúde”, por apresentarem necessidades sociais complexas, exigindo assim uma nova forma de atuação transdisciplinar. Este, sendo no campo das organizações e das instituições é representado pela intersectorialidade, a qual promove uma resposta social organizada, que sem a mesma não seria possível o enfoque sistêmico e assim, portanto, a resolutividade que se poderia alcançar seria muito baixa (Inojosa, 2001; Florit-Serrate, 2003).

A interdisciplinaridade vem para representar o grau mais avançado de relação entre disciplinas, considerando um real entrosamento entre elas para alcançar maior abrangência de conhecimento e melhorar a comunicação (Bosio, 2009; Roquete et al., 2012). Nessa perspectiva, visa a negociação de diferentes pontos de vista, com ênfase na ação, caracterizando-se pela articulação das políticas sociais, integrando saberes e práticas para resolver os problemas que afetam a população (Junqueira, 2000).

Um dos espaços que vem aumentando suas práticas intersectoriais são as escolas, por apresentar ao longo do tempo uma ampla significação em sua função social, pois além de serem desenvolvidos processos de ensino aprendizagem também articulam ações de natureza diversa envolvendo seu território e entorno. Assim a incorporação de práticas educativas em saúde é incorporada no cotidiano didático-pedagógico, por meio de iniciativas de Escolas Promotoras de Saúde, a qual consolida a cooperação técnica entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Um exemplo dessa atuação são projetos voltados para a interação escola/comunidade com objetivo de ampliar as oportunidades de acesso a atividades educativas, culturais, esportivas, de lazer e de geração de renda por meio da abertura de escolas públicas nos fins de semana. Também podem ser citados projetos voltados para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e alimentação saudável através de ações que colocam a comunidade escolar e seu entorno como sujeitos e territórios de produção de saúde (Brasil, 2007).

Dessa forma, tal projeto exige a integração entre vários setores e instituições de forma participativa, ressignificando a escola enquanto espaço de construção de territorialidades e subjetividade, envolvendo os sujeitos na reflexão a respeito de suas vivências e na construção de saúde, tendo como norteadores os determinantes sociais da saúde/doença da população local e fortalecimento da participação da comunidade escolar nos espaços de controle social e de gestão participativa do SUS (Brasil, 2007).

Para estabelecer as formas de atuação intersectorial é necessário identificar os fatores que estão envolvidos nesse processo. Sendo assim, Florit-Serrate (2003) classificou três grupos que estão envolvidos no desenvolvimento da intersectorialidade, sendo eles:

- **Fatores determinantes da intersectorialidade:**

Estão diretamente relacionados com as questões sociais, econômicas, culturais e políticas, portanto tais fatores variam de acordo com cada país. Por exemplo: países onde o acesso à água potável é difícil, somado a aspectos culturais locais, terão grande probabilidade de desencadear problemas de saúde, como ocorrem em surtos de hepatite A. Sendo assim ações de saúde deverão estar articuladas com outros segmentos assim como com a comunidade.

- **Fatores que condicionam a intersectorialidade**

Estão subordinados a condições prévias, que dependem da existência de um cenário propenso a sua materialização como: vontade política, papel do Estado e Governo, reformas adequadas do

setor sanitário, fortalecimento dos ministérios e secretarias, descentralização da saúde, recursos humanos motivados, investimentos tecnológicos e uma sociedade organizada.

- **Fatores que desencadeantes da intersectorialidade**

Requerem o domínio de enfoques, técnicas, habilidade e tecnologias tipicamente gerenciais, assim como transformação política e ideológica a partir das demandas dos grupos, suas necessidades e interesses (Bonalume, 2011).

Porém, essa forma de atuação não conseguiu suprir todas essas demandas decorrentes da incompreensão do objeto em comum, assim como a incapacidade de convergência dos atores sociais, os quais possuem interesses e objetivos distintos. Torna-se, dessa forma, a intersectorialidade insuficiente, pois não altera o objeto de intervenção, indo apenas até o limite da representação do problema e de um plano de intervenção dos vários setores de uma forma segmentada, pois ainda trabalham com uma lógica fortemente disciplinar e orientada a tratar as consequências ou no máximo as causas imediatas (Negri Filho, 2004).

Um exemplo são casos como a prostituição infantil ou de adolescentes, que imperam a insuficiência da dinâmica intersectorial diante de problemas sociais complexos, originário da miséria econômica e social. Visto sob a lógica da intersectorialidade, vários setores trabalham integrados, como a assistência social, conselho tutelar, policiamento, saúde e outros, formando grupos e comissões. Porém, a essência geradora do problema permanece intacta, o que demonstra o limite do enfoque intersectorial onde o objeto está limitado pelo campo de intervenção de cada disciplina envolvida, mesmo trabalhando junto com outros setores (Negri Filho, 2004).

Diante desse quadro, torna-se necessário uma remodelagem na forma de atuação. Esta deve levar em consideração a construção de um projeto social para além da visão intersectorial, que privilegia a negociação, objetivando alcançar uma dimensão transectorial, criando novos olhares e instaurando novos valores, mediante o respeito das diferenças e a incorporação das contribuições de cada política social, no entendimento e na superação dos problemas sociais (Junqueira, 2000).

Dessa forma, a transectorialidade torna-se um diferencial das propostas anteriores, pois além de dar voz ao objeto, o problema, torna-se compromisso primordial a transformação de uma realidade social complexa. Essa intervenção para a transformação é que pode caracterizar um tipo de intervenção transectorial, pois há a desconfiguração das disciplinas, departamentos e secretarias, para um objeto integrado único que modifica a realidade, alterando os padrões dos problemas enfrentados (Negri Filho, 2004).

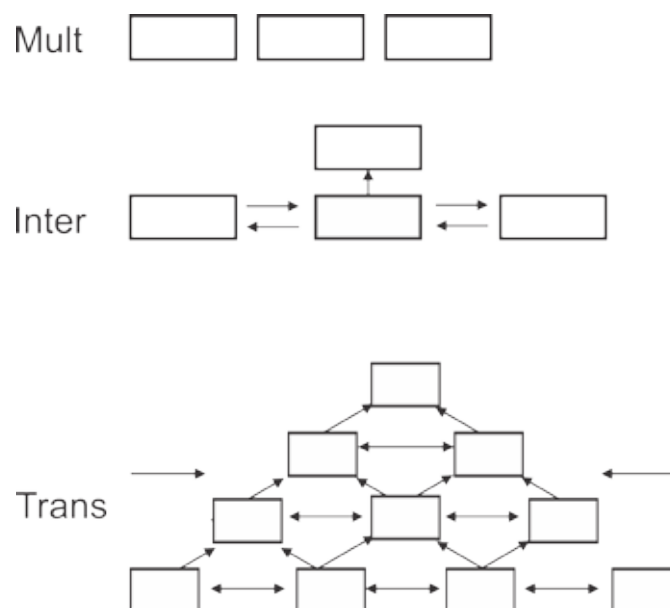


Figura 1: Classificação do grau de interações entre as disciplinas segundo Jantsch.
Fonte: Bosio, 2009.

Quadro 1: Classificação do grau de interações entre as disciplinas e seus desdobramentos

Grau de interações entre as disciplinas	Relação entre as disciplinas	Relação entre profissionais	Dificuldades encontradas
Multidisciplinaridade	Várias matérias para estudar um determinado elemento, sem a preocupação de interligar as disciplinas entre si.	Quase inexistentes canais de troca entre profissionais;	Dificuldade na compreensão comum do objeto e na obtenção da convergência do trabalho entre atores sociais com interesses e objetivos distintos
Interdisciplinaridade	Estabelecimento de interação entre duas ou mais disciplinas por meio de relações menos verticais.	Há estabelecimento de canais de troca entre os campos em torno de uma tarefa a ser desempenhada conjuntamente, com melhoria na comunicação entre os profissionais	Há um agrupamento em torno de um determinado problema (objeto), com planejamento na forma de intervir, porém até o limite da representação do que isto tem como problema para cada um dos atores ou disciplinas de conhecimento envolvidos. Assim, os limites do enfoque intersetorial está engessado no campo de intervenção de cada disciplina, mesmo trabalhando junto com outros setores. É insuficiente porque não altera o objeto de intervenção, principalmente diante de problemas sociais complexos.
Transdisciplinaridade	As interações entre o conhecimento ocorrem sem fronteiras disciplinares, sendo denominadas de macrodisciplina. Um exemplo de transdisciplinaridade são as grandes teorias explicativas do funcionamento das sociedades.	Desconfiguração das disciplinas, departamentos e secretarias para um objeto integrado único	Romper os limites do fazer cotidiano e inventar novos caminhos por meio da religação dos saberes em torno ao desafio complexo da realidade.

Fonte: Negri Filho (2004); Bosio (2009)

Desse ponto vista, a transetorialidade integra saberes e experiências, estabelecendo um conjunto de relações e construindo uma rede na identidade de projetos, trabalhando com a compreensão da diversidade e superando o campo do conhecimento, por meio da utilização de várias disciplinas de forma integrada, rompendo limites do fazer cotidiano e inventando novos caminhos na religação dos saberes (Junqueira, 2000; Inojosa, 2001; Negri Filho, 2004).

Além do desafio de construir objetos transetoriais com os outros setores, é necessário construir objetos transetoriais dentro dos próprios setores, assim como no setor saúde estabelecer a desfragmentação entre os modelos de atenção curativa, prevenção ou promoção (Negri Filho, 2004).

Como a produção social da doença é uma matriz complexa, a qual deriva da complexidade do campo de trabalho, existe a necessidade de enfrentar esta produção social por meio de ferramentas que permitam produzir socialmente a saúde em um marco transetorial, o qual proporcionará a qualidade de vida e saúde dos indivíduos ou comunidade (Negri Filho, 2004).

Por ser uma nova maneira de atuar, desencadeia mudanças nas práticas e na cultura das organizações gestoras das políticas sociais, pois é um processo que gera riscos em função das resistências de grupos de interesses. Portanto, diante da necessidade de mudar, faz-se necessário integrar alianças de todos os que desejam incrementar a qualidade de vida do cidadão, dentro e fora da administração pública estatal (Junqueira, 2000).

Contudo, a construção da transetorialidade não está isenta de conflitos, contradições e problemas, podendo gerar, em alguns setores, temores da perda de singularidade e especificidade, acarretando em conflito contra o novo e ocultação de informação (Krempel et al., 2004; Waynsztok e Akerman et al., 2012). Isto acarreta um processo de trabalho segmentado, mesmo na presença de uma pauta discursiva de integralidade, desencadeando assim, práticas fragmentadas de processos como também de sujeitos. A solução nestas situações é criar espaços de compartilhamentos de saberes e poder pautados nas habilidades de escuta e negociação, para que as demandas sejam realmente enfrentadas em equipe (Krempel et al., 2004; Moysés, 2009; Bonalume, 2011).

A dificuldade de romper as relações tradicionais de trabalho, onde o segmento que detém o poder acaba prevalecendo nos processos de decisão, aliada a dificuldade da força de trabalho em olhar para além do objeto específico de sua atuação, muitas vezes, em situações contaminadas pelo corporativismo profissional, além de conflitos de poder e interesse que prevalecem acima dos interesses coletivos, caracterizam aspectos da cultura institucional que dificultam a “comunicação” e que devem ser superados (Krempel et al., 2004; Akerman et al., 2014).

Além disso, as rubricas dos orçamentos públicos são predominantemente setorializadas, o que reforça a dificuldade de compartilhamento de poder entre os atores envolvidos e dificulta a agilização e resolução das ações (Krempel et al., 2004).

Porém, mesmo na multiplicidade de interesse é possível obter algum tipo de resultado comum (Akerman et al., 2014). E para que as demandas sejam atendidas em sua integralidade, a proposta transetorial necessita da capacidade de articulação com vários campos sociais de um dado território, sendo um desafio a compreensão das necessidades socioeconômicas dos envolvidos (Bonalume, 2011). Para tanto se deve respeitar o direcionamento dado pela população, na busca por uma construção que desmembre o conhecimento técnico e estruturado e o contextualize (Wimmer e Figueiredo, 2006).

Sendo assim, Durante o I Congresso Mundial de Transdisciplinaridade em Lisboa, Portugal, em 1994, foi delineada a Carta da Transdisciplinaridade, a qual incentiva o diálogo entre as várias ciências, em oposição à sobreposição entre elas, mas residindo nas aceções através e além delas, de forma a manter a horizontalização das relações de poder (Carta de Transdisciplinaridade, 1994; Almeida Filho, 1997; Almeida Filho, 2000).

Assim como a vida está tecida em conjunto e não é possível separá-la, as necessidades e expectativas das pessoas e dos grupos sociais referentes à qualidade de vida são integradas. Portanto, o aparato governamental não pode prover de itens isolados para todos, pois essa atuação não permitirá a superação da exclusão social e nem promoção efetiva do desenvolvimento (Inojosa, 2001).

Para tanto, os profissionais envolvidos nesse processo de construção de autonomia da comunidade devem apresentar posturas diferenciadas como atitudes como escuta, afetividade, respeito, tolerância, humildade, abertura ao novo e disponibilidade a mudanças (Wimmer e Figueiredo, 2006).

Uma nova realidade, criada a partir de um conhecimento também novo, deve ser partilhada no interior das organizações gestoras das políticas sociais. E isso vai depender principalmente da mudança das práticas organizacionais e das relações sociais que se estabelecem entre os diversos atores organizacionais. Essas práticas deverão privilegiar a integração de saberes e experiências, em prejuízo da setorialização e da autonomização. Os atores organizacionais e os grupos populacionais passam a ser considerados sujeitos capazes de perceber seus problemas de maneira integrada e de identificar soluções adequadas à sua realidade social (Junqueira, 2000).

Tais ações desencadeiam uma compreensão global dos problemas e da democratização das diversas demandas coletivas, tanto entre profissionais das diversas áreas, como também entre profissionais e a população (Wimmer e Figueiredo, 2006; Moysés et al., 2010).

Nesse processo a população passa a ser considerada sujeito e não objeto de intervenção. Com isso ela se apropria de um papel ativo, participando na identificação de problemas e sua solução. Consequentemente, altera-se a lógica da política social, tramitando da visão da carência e da solução de necessidades, para aquela dos direitos dos cidadãos a uma vida digna e de qualidade (Junqueira, 2000; Westphal, 2001).

O incentivo à participação da comunidade vai além das capacitações por meio de fóruns institucionalizados nos Conselhos e Conferências, abrangendo estratégias de “empoderamento” com a oportunidade de educação para cidadania, socialização de informações, envolvimento no diagnóstico e na tomada de decisões, assim como na execução dos projetos sociais, resultando no compartilhamento de responsabilidades na gestão da saúde (Krempel et al., 2004; Wimmer e Figueiredo, 2006; Moysés, 2009).

O empoderamento aponta para o almejado protagonismo das pessoas, isto é, que desenvolvam a habilidade e o poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida, como sujeitos ativos (Moysés e Moysés, 2009).

Assim, a forma que as pessoas se relacionam entre si e com as instituições governamentais e não governamentais criam condições para superar a realidade, de maneira integrada e empoderada, podendo ser vistas como uma teia integrada, a qual perpassa também a criação dos saberes, constituindo redes de interesse comum (Junqueira, 2000; Negri Filho, 2004).

Consequentemente, o fluxo das relações e a articulação em rede, fortalece o empoderamento para transformar situações cujas visões e objetivos são compartilhados (Inojosa e Junqueira, 2008).

Dessa forma, Rede pode ser definida, segundo Marques (1999), como o campo presente em determinado momento, estruturado por vínculos entre indivíduos, grupos e organizações construídos ao longo do tempo.

Porém, na perspectiva de Junqueira (2000), Rede não é apenas a construção de uma realidade de vínculos, mas também uma maneira de analisar e entender a realidade social. E é por isso que da rede pode resultar em um saber transsetorial, que transcende as relações na construção de novos saberes, de novos paradigmas.

Destacamos uma experiência de combate a violência contra adolescentes que ocorreu em Porto Alegre em 2001, por meio da reformulação dos distritos sanitários, que passaram a distritos sociais de

saúde. Os gerentes distritais que antes cuidavam da rede de serviços de saúde, passaram para a dinâmica do território social em sua totalidade, trabalhando em torno de núcleos de problemas tratados transetorialmente (Negri Filho, 2004).

Através da configuração das redes de serviços e redes sociais ampliadas nos territórios sociais dos diferentes distritos incluíram o conceito de redes de atenção superando a divisão tradicional entre rede ambulatorial e rede hospitalar, propondo a formação de quatro redes: atenção primária, de ambulatorios especializados, de atenção às urgências e de atenção em internações hospitalares (Negri Filho, 2004). Essas eram complementadas por redes de apoio diagnóstico, de reabilitação, de assistência farmacêutica e de vigilância em saúde. Além de englobar atenções transversais de cardiologia, traumatologia, pediatria, outras que configuram a atenção destas áreas em cada uma das redes (Negri Filho, 2004).

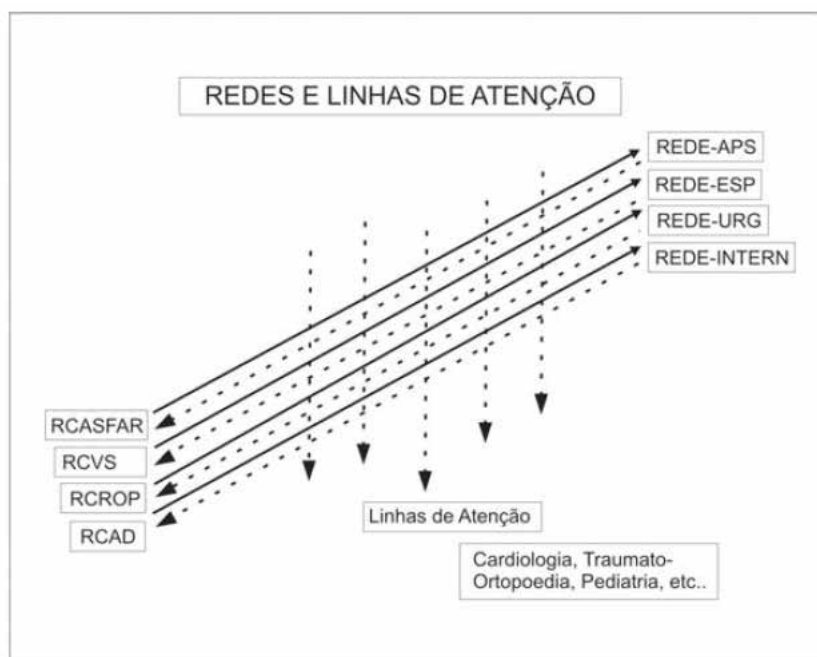


Figura 2. Redes e Linhas de Atenção. Fonte: Negri Filho, 2004.

A sociedade vem fazendo esse aprendizado de operar em rede, ainda que para isso, tropece frequentemente nas velhas estruturas de poder e na fragmentação de saberes e práticas (Inojosa e Junqueira, 2008).

Por outro lado, o número expressivo das disciplinas acadêmicas com seu crescimento exponencial do saber ainda é incapaz de ter um olhar global do ser humano (Carta de Transdisciplinaridade, 1994). Assim, como o conhecimento especializado e fragmentado não tem capacidade de explicar os problemas e nem a ação setorial restrita a capacidade de resolvê-los (Krempel et al., 2004; Moysés et al., 2010).

Nesse sentido, surge a necessidade de comunicação não somente entre campos disciplinares, mas entre agentes em cada campo, através da circulação não do discurso, mas sim dos sujeitos dos discursos (Almeida Filho, 1997; Almeida Filho, 2000).

Já dizia Carlos Matus: “a ciência tem disciplinas, a universidade tem departamentos, o governo tem setores, porém a realidade tem problemas” (Almeida Filho, 2000).

Não obstante, existe um caminho muito importante a trilhar em relação a formação. Mudanças de conceitos e posturas se fazem ainda necessárias, pois muitos ainda defendem o modelo predominantemente clínicista e curativista, os quais são fortemente influenciados pelo modelo biomédico, onde

questões ligadas a promoção de saúde, transdisciplinaridade e intersetorialidade raramente são discutidas. Isso faz com que a maioria dos profissionais deixe à margem esse campo de trabalho, ou, insiram-se nele mal preparados, gerando muitas vezes uma visão distorcida e negativa, tanto por parte das pessoas que recebem os cuidados em saúde, quanto dos próprios colegas de outras áreas que, mesmo entendendo e vendo a importância dos fatores biocomportamentais na relação Saúde-Desenvolvimento Humano, não conseguem ter nos demais colegas os parceiros adequados para somar forças ao seu saber e fazer nessas empreitadas (Sebastiani et al., 2012).

Tentando responder ao contexto atual, o Governo Federal vem implementando políticas com ênfase nas ações sociais, em especial na Saúde e Educação para, dessa forma, favorecer a inclusão social, elaborando um consistente esforço para modificar, em especial no âmbito da Saúde, essa visão tradicional da organização do cuidado em saúde, ainda centrada na doença e no atendimento hospitalar (Brasil, 2005).

Neste sentido, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESU) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do Ministério da Educação (MEC), e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), instituíram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) (Brasil, 2005).

O Pró-Saúde foi lançado por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, inicialmente com os cursos que compõem a Estratégia Saúde da Família, sendo eles Medicina, Enfermagem e Odontologia e posteriormente, com a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 27 de novembro de 2007, foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da Saúde (Brasil, 2005).

Dentre os objetivos do Pró-Saúde, destaca-se a reorientação na formação dos profissionais de saúde, os habilitando para as práticas das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e, dessa forma, prestar serviço à população brasileira de forma integralizada (Brasil, 2005).

Outro desafio é a integração do Serviço X Ensino, por meio da cooperação dos gestores do SUS com as instituições de ensino, favorecendo a melhor compreensão do Sistema Público de Saúde (Brasil, 2005).

Outra estratégia proposta por meio da Portaria Interministerial nº 1.646 de 05 de agosto de 2014, foi a instituição do componente GraduaCEO – Brasil Sorridente no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, a qual constitui uma série de ações e serviços de saúde bucal prestados pelas instituições de ensino superior com os cursos de Graduação de Odontologia (Brasil, 2014).

As Instituições de Ensino Superior de Graduação de Odontologia passam a desenvolver ações de forma articulada com a rede pública de saúde, embasada nas diretrizes e princípios do SUS, prioritariamente:

- Promoção e Prevenção: desenvolvendo ações educativas no âmbito da saúde bucal, como higienização e escovação dental supervisionada, exames com finalidade epidemiológica, aplicações tópicas de flúor;
- Atenção Básica: desenvolvendo ações de planejamento, avaliação, manutenção e recuperação da saúde bucal;
- Atenção Secundária: desenvolvendo ações especializadas na saúde bucal, como exemplo, endodontia, periodontia, entre outros, assim como contratualizações com o gestor do SUS;
- Reabilitação oral: ações de reabilitação de protéticas;
- Assim como na Educação Permanente, desenvolvendo atividades pelos docentes das instituições de ensino aos profissionais da rede pública, de acordo com a necessidade local (Brasil, 2014).

Essas iniciativas favorecerão na humanização do atendimento, sendo primordial a empatia, cujo termo define pela capacidade de compreender o sentimento ou a reação de outra pessoa, imaginando-se

nas mesmas circunstâncias, no sentido de aproximar o futuro profissional ao doente e não à doença (Segatto, 2015).



Fonte: <http://asorridente.blogspot.com.br/2011/05/o-dentista-e-o-pobre-homem.html> [acesso 2015 ago 11]

2. Experiências:

Experiência 1:

Iniciativa Popular de Empoderamento nas ações aos Transtornos do Espectro Autista (AUMA /Associação de Pais e Amigos dos Autistas de Piracicaba) em atuação multidisciplinar

A busca por atendimento especializado para crianças com necessidades especiais e ou transtornos específicos tornam-se uma angústia aos familiares de crianças com esse tipo de alteração, pois as filas de espera são longas, causadas por um número reduzido de oferta de atendimento e demandas que vêm em um crescente a cada ano.

Nesse sentido um grupo de pais e amigos de pessoas com autismo, resolveram se unir para formar um órgão especializado no atendimento dessas pessoas no município de Piracicaba. O objetivo fundamenta-se na intervenção precoce de indivíduos com Transtornos do Espectro Autista, melhorando sua capacidade de comunicação e independência nas noções básicas de convívio diário e o contato interpessoal, dentro e fora do contexto familiar. Além de atuarem junto às famílias de forma a ajudarem a refletir, descobrir, aceitar e assumir seu papel junto aos indivíduos com tal diagnóstico, de forma a empoderá-los no processo de desenvolvimento desses indivíduos e dos conhecimentos sobre os direitos do autista na sociedade.

O autismo foi descrito pela primeira em 1943, por Leo Kanner, o qual denominou como distúrbios autísticos do contacto afetivo, onde pôde observar a “incapacidade de relacionar-se” de formas usuais com as pessoas desde o início da vida (Kanner, 1943).

Para viabilizar a comunicação entre profissionais, favorecendo uma padronização na linguagem psiquiátrica e facilitar o diálogo entre diferentes áreas, foi publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), em 1953, a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), a qual ao longo dos anos passou por várias revisões (Araújo e Neto, 2014).

A proliferação de pesquisas, revisões bibliográficas e testes de campo permitiram que, em 1994, a APA lançasse o DSM-IV. A evolução do manual representava um aumento significativo de dados, com a inclusão de novos diagnósticos descritos com critérios mais claros e precisos. Assim nesta edição, o distúrbio autista é incluído na categoria dos transtornos invasivos do desenvolvimento, cujas características são prejuízo qualitativo, na interação social e na comunicação verbal e não verbal, nas atividades imaginativas e repertório extremamente restrito de atividades e interesses. São outras características a falta de flexibilidade do pensamento, falta de empatia, rigidez, perseverança e ansiedade aumentada. No quadro clínico apresentado pelo autista há uma variabilidade e intensidade dos sintomas para cada indivíduo (Araújo e Neto, 2014).

Atualmente, a mais nova edição do DSM-5, oficialmente publicado em 18 de maio de 2013, inclui a reformulação e exclusão de diagnósticos, fornecendo uma fonte segura e cientificamente embasada para aplicação em pesquisa e na prática clínica. Nele, os Transtornos Globais do Desenvolvimento, que incluíam o Autismo, Transtorno Desintegrativo da Infância e as Síndromes de Asperger e Rett foram absorvidos por um único diagnóstico, Transtornos do Espectro Autista. A mudança refletiu a visão científica de que aqueles transtornos são, na verdade, uma mesma condição com gradações em dois grupos de sintomas: Déficit na comunicação e interação social; Padrão de comportamentos, interesses e atividades restritos e repetitivos (Araújo e Neto, 2014).

Mesmo nos dias atuais, os Transtornos do Espectro Autista é pouco conhecido e compreendido dentro da sociedade e, com frequência, familiares vão em busca de orientação. Constata-se também um complicador que é o estigma atribuído de serem incapazes de conviver socialmente, devendo, portanto, serem atendidos de forma isolada (Araújo e Neto, 2014).

Diante desse exposto, em 30 de junho de 1999 o pai de uma criança com tal diagnóstico se torna fundador da então chamada Associação de Pais e Amigos dos Autistas de Piracicaba – AUMA, com a proposta de contribuir positivamente com indivíduos que apresentam esse transtorno, assim também com seus familiares.

O perfil da população atendida pela instituição são pessoas com idade entre 04 a 34 anos, de diversas etnias e realidades socioeconômicas, em sua maioria com classe social desfavorecida.

A necessidade da estimulação para o desenvolvimento da pessoa com Transtornos do Espectro Autista torna-se imprescindível para sua futura independência e socialização, sendo assim, a atuação de uma equipe multidisciplinar passa a ser importante para que o acolhimento e intervenção ocorram sob pontos de vistas distintos (Araújo e Neto, 2014).

Dessa forma, pedagogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, educadores físicos, psicólogos, assistentes sociais e médico se unem com um mesmo objetivo, de atuarem com esse público e seus familiares, porém de uma forma multidisciplinar, não havendo troca de saberes entre as disciplinas e outros segmentos.

Experiência 2:

Ação Intersetorial, por meio de um programa Escola Promotora de Saúde no município de Embu

O espaço escolar é um *lôcus* fundamental de prevenção de doenças e promoção da saúde (Casemiro et al., 2014). Portanto a Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde fortalece a capacidade do setor saúde e de educação e outros que se façam necessários para promover a saúde, de forma que as áreas envolvidas atuem de maneira colaborativa para o alcance de uma meta comum mediante uma estreita coordenação de suas atribuições, objetivando a solução de problemas, o bem-estar e a qualidade de vida de alunos e professores, atravessando os muros escolares para envolver as famílias e a comunidade por meio de orientações de estilos de vida (Brasil, 2007; Lapa et al., 2008)

Inicialmente, há a identificação dos problemas prioritários por todos os setores interessados, tanto da sociedade civil como do poder público e, num segundo momento, organiza-se o planejamento com a participação de todos os sujeitos envolvidos, definindo assim as tarefas e os responsáveis (Lapa et al., 2008).

O município do Embu situado na porção sudoeste da Região Metropolitana de São Paulo possui um programa de saúde escolar desde 1985 e em 2002, implantou o programa Escola Promotora de Saúde, com seus três princípios básicos: educação para a saúde com enfoque integral, construção e manutenção de ambientes saudáveis e articulação com os serviços de saúde (Lapa et al., 2008).

Seguindo o princípio da integralidade da atenção à criança e a estratégia Escola Promotora de Saúde, o programa “Embu Enxergando Melhor” foi implantado no município em 1994, resultando em uma parceria com a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) cujo objetivo foi a atuação da universidade num sistema regional de saúde, de forma articulada ao poder local e à comunidade. Compreende ações de promoção da saúde ocular, prevenção por meio da detecção precoce de alterações visuais, acompanhamento e tratamento dos danos e reabilitação ortóptica dos pré-escolares. As ações ocorreram de forma intersetorial, com a participação de docentes ortoptistas e estudantes do Curso de Tecnologia Oftálmica da Unifesp, oftalmologista e pediatras da rede Básica de Saúde de Embu, técnicos e professores da Secretaria Municipal da Educação, além de técnicos da Secretaria Municipal de Cidadania e Promoção Social (Lapa et al., 2008). Tal programa resultou na capacitação para triagem oftalmológica de 600 professores e 22.118 (95%) pré-escolares triados. Destes, 4.553 (21%) precisavam de exame oftalmológico (Lapa et al., 2008).

Experiência 3:

Ação transetorial dentro do Programa Prefeito “Amigo da Criança” da cidade de Itatiba

Uma experiência realizada na cidade de Itatiba, localizada no Estado de São Paulo, próxima a região metropolitana de Campinas, contempla o Programa Prefeito Amigo da Criança que tem como compromisso priorizar crianças e adolescentes com faixa etária entre 0 e 18 anos, no desenvolvimento de políticas públicas municipais, por meio de ações que visem oferecer proteção, assistência, além de garantir os direitos fundamentais como vida, saúde, liberdade, respeito, dignidade, convivência familiar e comunitária, educação, cultura, esporte, lazer, profissionalização e proteção no trabalho.

Tais propósitos foram alcançados por meio do compartilhamento de informações, conhecimentos e de tecnologias sociais com vários atores sociais do município, no desenvolvimento e fortalecimento de ações monitoradas, que são avaliadas e disseminadas sistematicamente. Para tanto a Fundação Abrinq avalia as ações dos gestores municipais, por meio de um conjunto de indicadores sociais quantitativos e qualitativos (Araújo et al., 2004).

Assim as ações envolvendo tal Programa têm como mecanismo a proposta de transetorialidade, a qual integra cinco secretarias municipais: Governo, Ação Social, Educação, Saúde e Cultura, Esportes e Turismo, além do aporte do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e do Conselho Tutelar. Esta iniciativa desencadeou o surgimento do Núcleo da Criança e Adolescente cujo objetivo foi agregar todos os programas e projetos já existentes no Município (Espaço Amigo, Oficina de Capacitação e Aprendizagem, Escolinhas de Esportes, Visite o Museu, Construindo Caminhos, Educação Inclusiva, Pais na Escola, Apoio Nutricional e Desenvolvimento da Criança, Semente e Sorria para Mim), os quais são co-gerenciados e integrado às ações de cada secretaria que envolvam crianças e adolescentes (Araújo et al., 2004).

Em longo prazo, o Município tem como proposta a constituição de novos núcleos que se interligarão, abrangendo assim, outros atores sociais, bem como todos os cidadãos de Itatiba. Desta forma, o despertar desse novo senso coletivo para as ações que envolvam as crianças e os adolescentes é o fator primordial para a realização dessa proposta transetorial (Araújo et al., 2004).

Experiência 4:

Experiência transdisciplinar na saúde desencadeada por situação de vulnerabilidade em Piracicaba

O município de Piracicaba, localizado no estado de São Paulo, a 152 km da capital paulista, acompanhando um movimento de reorganização dos Serviços de Atenção Básica, implantou a Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1999, inicialmente com 5 Unidades e constando no momento com 70 Unidades de Saúde, sendo 51 Programas Saúde da Família (PSF), 8 Centros de Referência da Atenção Básica (CRAB) e 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizados em sua maioria nas regiões periféricas da cidade, o que potencializou o primeiro contato ao Sistema Básico de Saúde pelo acolhimento, vínculo, trabalho em equipe, vigilância em saúde, planejamento e programação das ações.

As Unidades constam com demandas diversificadas de níveis socioeconômicos e vulnerabilidade.

A introdução do Programa Saúde da Família foi uma tentativa de reorganizar a atenção básica no país, que instituiu a Visita Domiciliar, como instrumento diferencial. Para estabelecer prioridades na visita, elaborou-se uma escala de risco familiar baseada na ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Tal escala se baseia em sentinelas de risco que são avaliadas na primeira visita domiciliar pelo agente de saúde (ACS). Essa Escala é então denominada como Escala de Coelho (Coelho e Savassi, 2004).

Quadro 2: Dados da Ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco

Dados da Ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência Física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (Grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão Arterial Sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação	Se maior que 1	3
Morador/cômodo	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0

Score 5 ou 6 = (R1) Score 7 ou 8 = (R2) Maior que 9 = (R3) Quadro 02 Classificação das famílias segundo a pontuação.

Fonte: Coelho e Savassi, 2004.

Quando aplicada, demonstra famílias que apresentam maior grau de vulnerabilidade, classificadas como risco 1, 2 ou 3. Os resultados ressaltam a relação morador/cômodo como um impor-

tante indicador na avaliação do risco, bem como a aplicabilidade da escala torna-se um instrumento de priorização tanto das visitas domiciliares quanto do investimento da equipe (Coelho e Savassi, 2004).

Esse instrumento permite à equipe, observar elevados graus de vulnerabilidades, desencadeando a necessidade de acionar outros setores além da saúde. Assim sendo iniciadas ações transetoriais para atender toda complexidade envolvida (Coelho e Savassi, 2004).

O primeiro passo dado, parte da realização de uma reunião para se elaborar um Projeto Terapêutico Singular (PTS) com a participação dos setores envolvidos (Brasil, 2013).

O projeto terapêutico singular (PTS) é um conjunto de condutas/ações/medidas, de caráter clínico ou não, propostas para dialogar com as necessidades de saúde de um sujeito individual ou coletivo, geralmente em situações mais complexas, construídas a partir da discussão de uma equipe multidisciplinar (Brasil, 2013).

É um dispositivo facilitador em casos/situações complexas e de difícil resolução, caracterizadas pela necessidade de se acionar um conjunto de recursos disponíveis na Rede de Atenção à Saúde ou fora dela, como nos Centros de Referências de Assistência Social (CRAS). (Brasil, 2013).

O projeto terapêutico pode ser elaborado para grupos ou famílias e contempla as fases de **diagnóstico, definição das metas, definição das responsabilidades e reavaliação** (Brasil, 2013).

Quadro 3: Fases para Projeto Terapêutico Singular

Diagnóstico	Avaliação/problematização dos aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, buscando facilitar a conclusão, ainda que provisória, a respeito dos riscos e da vulnerabilidade de cada sujeito individual ou coletivo.
Definição de Metas	A equipe trabalha propostas de curto, médio e longo prazo.
Definição das responsabilidades	Definir as tarefas e atuações do grupo.
Reavaliação	Momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções dos rumos tomados.

Fonte: Brasil, 2013.

A Secretaria do Desenvolvimento (SEMDES), representada pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) desenvolveu o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, o qual consiste em um trabalho social com as famílias que tenham esse perfil de vulnerabilidade, sendo encaminhadas para participação nos programas de transferência de renda, como exemplo, Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada (BPC), assim como os que possuem critérios, ao Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE) que, em parceria com a Associação Atlética Educando pelo Es-

porte, desenvolve o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos Familiares e Comunitários de Crianças e Adolescentes de 6 a 15 anos, que se encontram em situação de significativa/alta vulnerabilidade social.

O Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE) disponibiliza espaços de referência para o convívio grupal, comunitário e social e o desenvolvimento de relações de afetividade, solidariedade e respeito mútuo, possibilitando a ampliação do universo informacional, artístico e cultural de crianças e adolescentes, bem como estimulando o desenvolvimento de potencialidades, habilidades e talentos.

Quando necessário, a secretaria de desenvolvimento também participa, encaminhando o caso para auxílio habitação, via Empresa Municipal de Desenvolvimento Habitacional de Piracicaba (EMDHAP).

O envolvimento da Secretaria de Educação ocorre por meio da disponibilização de vagas na Creche em Período Integral para as crianças até seis anos, que sejam integrantes de tais famílias. Já para os adolescentes é verificado e, caso não estejam matriculados, é assegurado meio período em Escola do Ensino Fundamental ou Médio e o contraturno no CASE.

O PSF e EMEI pactuaram comunicações sobre alterações no estado de saúde das crianças, assim como capacitação dos professores e pais para doenças mais prevalentes em crianças.

A Agente Comunitária de Saúde, em suas visitas recorrentes, comunica qualquer alteração no quadro de saúde das crianças e sendo assim, os setores da saúde passaram a se comunicar com frequência, seja formalmente pelas guias de referências e contrarreferências, como informalmente, via ligações telefônicas. As lideranças de bairro, pastoral e lideranças religiosas passaram a acompanhar e oferecer auxílio à família.

Secretaria de Saúde enfatizou a vigilância em saúde, acompanhamento nutricional (a equipe de nutrição elaborou cardápios nutritivos com alimentos da cesta básica), encaminhamentos para programas de Leite Fluido e em Pó, assistência em saúde na atenção básica e secundária, Ambulatório do Bebê Chiador, Centro de Reabilitação para a portadora de deficiência física e mental (com assistência médica, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia), assistência odontológica, sendo oferecidas escovas e pasta de dente, assim como escovação supervisionada pela equipe de saúde bucal, rodas de conversa com os setores.

Tais ações possibilitam a inter-relação com demais setores, aprofundando o conhecimento de suas ações técnicas assim como o diálogo mais eficiente e eficaz em prol de objetivos comuns.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A melhoria dos atendimentos se faz de forma cada vez mais necessária e constante, porém para que as exigências da sociedade sejam alcançadas deve-se ater a aspectos subjetivos de suas necessidades, os quais só poderão ser alcançados por meio de seus próprios direcionamentos, de forma participativa e empoderada. Concomitante, a circulação de saberes e integração profissional se tornam de vital importância a implantação de novos fazerem para almejar resultados desejados.

4. REFERÊNCIAS

- Akerman M, Franco de Sá R, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! *Ciê Saúde Colet*. 2014; 19(11): 4291-300.
- Almeida Filho N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Rev Adm Pública*. 2000; 34(6): 11-34.
- Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciê Saúde Colet*. 1997; 2(1/2): 5-20.
- Araújo AC, Neto FL. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. *Rev Bras Ter Comport Cogn*. 2014; 16(1): 67-82.
- Araújo RAC, Coelho EO, Roncada NFB, Alvarenga SBCS. Núcleo da criança e do adolescente: uma proposta de transetorialidade. In: Vilarta R, organizador. *O espaço Funcamp de políticas públicas: um exemplo de interação universidade-sociedade*. Campinas: IPES; 2004. Cap. 11, p. 127-36 [acesso 2015 maio 11]. Disponível em: http://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/espaco_funcamp_cap11.pdf
- Bonalume CR. O paradigma da intersetorialidade nas políticas públicas de esporte e lazer. *Licere*. 2011;14(1): 1-26.
- Bosio RS. Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade: uma análise da prática de atividades multi e interdisciplinares na visão dos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Petrópolis – RJ [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas; 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde; 2007. p. 7-8, 11, 15.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. v.2
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.646, de 5 de agosto de 2014 [acesso 2015 maio 11]. Institui o componente GraduaCEO – BRASIL SORRIDENTE, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, que irá compor a Rede de Atenção à Saúde (RAS), e dá outras providências [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri1646_05_08_2014.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde – Pró-Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2005.
- Carta de Transdisciplinaridade. Adotada no Primeiro Congresso Mundial da Transdisciplinaridade. Convento de Arrábida, Portugal, 1994 nov 2-6 [acesso 2015 jan 20] Disponível em: http://www.ouvroevento.pro.br/index/carta_da_transdiscipliradidade.htm#Carta da Transdisciplinaridade
- Casemiro JP, Fonseca ABC, Secco FVM. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciê Saúde Colet*. 2014; 19(3): 829-40.
- Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2004; 1(2): 19-26.
- Florit-Serrate PC. La intersectorialidad. Conceptualización. Panorama internacional y de Cuba. *Horiz Sanit* [internet]. 2003; [acesso 2015 fev 25] 2(3). Disponível em: <http://www.revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/issue/view/55>
- Inojosa RM. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cad FUNDAP*. 2001; (22): 102-10.
- Inojosa RM, Junqueira LAP. Práticas e saberes: desafios e inovações em gestão social. *Organ Soc*. 2008; 15(45): 171-80.

- Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Rev Adm Pública*. 2000; 34(6): 35-45.
- Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nerv Child*. 1943; 2: 217-50.
- Krempel MC, Moysés ST, Moysés SJ. Intersetorialidade: estratégia para a construção de uma cidade saudável. A experiência de Curitiba. In: Sperandio AMG, organizador. O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas: IPES; 2004. v. 2, p.79-94.
- Lapa MCS, Freitas AM, Pedroso GC, Furusato MA, Ventura RN. Programa Embu enxergando melhor: uma proposta de atenção integral à saúde ocular em pré-escolares. *Rev Paul Pediatr*. 2008; 26(2): 113-8.
- Marques EC. Redes sociais e instituições na construção do Estado e da permeabilidade. *Rev Bras Ciênc Soc*. 1999; 14(41): 45-67.
- Moysés SJ. Intersetorialidade e multidisciplinaridade como desafios para a odontologia. In: Pereira AC, organizador. Tratado de saúde coletiva em odontologia. Nova Odessa: Napoleão; 2009. p. 59-71.
- Moysés ST, Krempel MC, Moysés SJ. Intersetorialidade: estratégia para a construção de uma cidade saudável. A experiência de Curitiba. In: Sperandio AMG, Machín DG, Fortunato MAB, organizadores. Políticas integradas em rede e a construção de espaços saudáveis: boas práticas para a iniciativa do rostos, vozes e lugares. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010. p.61-76.
- Moysés ST, Moysés SJ. Promoção da saúde: conceitos. In: Pereira AC, organizador. Tratado de saúde coletiva em odontologia. Nova Odessa: Napoleão; 2009. p. 431-40.
- Negri Filho AA. Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transetorialidade das políticas públicas. In: Sperandio AMG, organizador. O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas: IPES; 2004. v.2, p. 15-56.
- Pereira AL. A política nacional de promoção à saúde. In: Harada MJCS, Pedreira MLG, Viana DL. Promoção da saúde: fundamentos e práticas. São Caetano do Sul: Yendis; 2012. 598p.
- Roquete FF, Amorim MMA, Barbosa SP, Souza DCM, Carvalho DV. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2012; 2(3): 463-74.
- Santos JL, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estud Av*. 1999; 13(35): 71:88.
- Sebastiani RW, François A, Blandy P, Pelicioni MCF, Pereira IMTB. Relato de uma experiência transdisciplinar nos programas e propostas de promoção da saúde. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012. p. 625-47.
- Segatto C. Quer dizer que médico pode chorar? Como um professor da Faculdade de Medicina da Unicamp ajuda os alunos a trocar o cinismo pela capacidade de se colocar no lugar do paciente. *Época*, 2015 jan 26 [acesso 2015 fev 28]. Disponível em: <http://epoca.globo.com/colunas-e-blogs/cristiane-segatto/noticia/2015/01/quer-dizer-que-bmedico-pode-chorarb.html>.
- Waynszto L, Akerman M. Gestión intersectorial en salud. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012. p. 523-31.
- Westphal MF. A nova saúde pública. *J USP*. 2001; 15(545): 2.
- Wimmer GF, Figueiredo GO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc. Saúde Colet*. 2006; 11(1): 145-54.

CAPÍTULO 11 – APOIO MATRICIAL EM SAÚDE

Alexandre Bergo Guerra

Cirurgião dentista da Prefeitura Municipal de Campinas, Especialista em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP, Mestrando MP Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Ana Carla Fujisawa Ferreira de Sá

Cirurgiã-dentista. Coordenadora do Centro de Especialidades Odontológicas Ouro Verde- Campinas/ SP, Especialista Saúde da Família – UNIFESP, Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Antonio Carlos Pereira

Mestre e Doutor em Saúde Pública, Docente do Departamento de Odontologia Social FOP UNICAMP

Guia do capítulo

Objetivo:

Demonstrar a importância do Apoio Matricial como um arranjo organizativo do trabalho em saúde, que possibilita melhoria no acesso e na integralidade, aumento da resolutividade da atenção primária em saúde e a produção do cuidado centrada no indivíduo.

Ao final do capítulo, você deverá ser capaz de identificar a operacionalização desse arranjo e os impactos positivos que ele pode promover na Atenção Primária em Saúde.

Conteúdo Programático:

- Características da atual produção do cuidado em saúde
- Construção social e histórica da saúde e da doença e a degradação da clínica
 - Uma proposta para a ampliação da clínica
 - Experiências internacionais e nacionais de modelos e arranjos na perspectiva do apoio matricial / matriciamento.
- Considerações finais

Leitura Obrigatória:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php. Acessado em: 09 de março de 2015.

2. Oliveira, MM. Campos, GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1):229-238, 2015.

Leitura complementar:

Campinas. Colegiado de Gestão da Saúde. As Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde – Gestão 2001 – 2004. Projeto Paideia de Saúde da Família. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 2001. Campinas. Programa Paideia – Saúde da Família: 2001 – 2004: Campinas. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 2003.

Atividade Recomendada:

1. Descreva sua experiência ou busque informações sobre como o seu município trabalha com a questão do apoio matricial. Cheque como os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) articulam seu trabalho com as Unidades Básicas de Saúde (USB ou USF) ou Centros de Atendimento Especializados (CAPS, CEO e UPA por exemplo).

1. Considerações iniciais

A medicina experimentou, no século XX, uma gigantesca evolução tecnológica, notadamente a partir da descoberta da penicilina por Fleming em 1928. Desde então, a velocidade da produção, não só de novos antibióticos, como de um *sem número* de tecnologias, possibilitou inquestionáveis melhorias em indicadores de saúde e de qualidade de vida. É só pensarmos nas vacinas, nos antibióticos, nos transplantes e nos exames de imagem. Melhorias tão rápidas, tão palpáveis, de mensuração tão óbvia, que tomaram de assalto a clínica médica.

Submetidos a essa nova realidade, não apenas os médicos, mas todos os profissionais de saúde experimentaram, ao longo desse período, uma drástica mudança, tanto na sua formação acadêmica, como no exercício de suas profissões.

A importância dada à tecnologia tem sido muito grande, exagerada até, ficando a clínica, a escuta, os sinais e sintomas detectados por um bom exame clínico “*fora de moda*”. Mal se pergunta o nome do paciente e já se inicia uma interminável lista de solicitações: hemograma, colesterol total e frações, urina I, ultrassom, ressonância magnética, etc. A gama de opções é tão grande que se subestima o que realmente importa: iniciar a consulta pelo acolhimento, pela escuta, imediatamente promovendo a formação de vínculo positivo com o paciente.

O que se observa ainda hoje é a reprodução do modelo biomédico, um atendimento baseado na queixa-conduta, no qual o profissional de saúde centra seus esforços na doença, como se a mesma pudesse ser desvinculada do doente (Campos, 1999).

A clínica que tem sido predominante praticada centra seus esforços na doença ou enfermidade em si, por vezes desconsiderando que esta afeta uma pessoa, um cidadão, um sujeito (Campos, 2007). Exemplo clássico é o atendimento baseado em queixa e conduta, onde há necessidade de produção de consultas em escala, de forma padronizada, desconsiderando fatores socioeconômicos e culturais de cada indivíduo atendido. A essa clínica dá-se o nome de “*clínica degradada*”.

Um exemplo dessa concepção de clínica, no SUS, é a inserção de médicos através de Pronto Atendimento (PA), caracterizada, do lado do profissional, por baixo gasto de energia pessoal e pouco vínculo com o serviço, uma vez que sua inserção é vertical, compatível com outros vínculos empregatícios; e do outro lado, pela baixa autonomia dos usuários, ineficácia no enfrentamento das doenças crônicas, baixo aproveitamento do potencial de outros profissionais de saúde e do trabalho em equipe, além da medicalização, dos altos custos e da incapacidade de atuação em determinantes de saúde coletivos (Cunha, 2010).

Importante refletir, contudo, que este cenário não se fez do acaso, nem tampouco trata-se de uma situação nova. O modo de produzir saúde, assim como o próprio conceito de saúde e também de doença são social e historicamente construídos.

A construção social e histórica da saúde e da doença e a degradação da clínica

Desde o século XVII, quando Descartes instituiu o “dualismo mente-corpo”, baseado na doutrina onde “os seres humanos possuem duas naturezas, a mental e a física”, a medicina ocidental tem se revestido de enorme preconceito em relação à importância dos processos psicológicos na saúde (Straub, 2012).

Além dessa dicotomia, outras separações e fragmentações vieram no bojo das ideias de Descartes e de outros pensadores, originando o modelo biomédico (Cruz, 2011). Desde seu surgimento nos séculos XVII e XVIII, até os dias atuais, o enfoque desse modelo sempre foi a doença e não a saúde, numa pers-

pectiva fragmentária, através da qual o tratamento do corpo deveria ser feito em partes cada vez menores, reduzindo a saúde a um funcionamento mecânico (Barros, 2002).

Essa concepção fragmentária, inclusive, comunga com a chamada “*Teoria mecanicista*”, segundo a qual o homem é visto como corpo-máquina; o médico, como mecânico; e a doença, o defeito da máquina (Capra, 1982). A percepção do homem como máquina, aliás, é historicamente datada com o advento do capitalismo (Cruz, 2011).

Contudo, a despeito das descobertas científicas – inegavelmente valiosas – ocorridas no período renascentista, o modelo Biomédico mostrou-se impotente para dar conta dos desafios dos séculos XVIII e XIX, trazidos pela urbanização e pelos novos meios de produção. Epidemias letais eram causadas tanto por doenças já conhecidas, como a febre tifoide, quanto por doenças novas, como a cólera e dessa forma, a mortalidade no Ocidente cresceu por um longo período. Desnutrição, alcoolismo, doenças mentais e violência atingiam pesadamente a nova classe de trabalhadores urbanos. Como ressaltou Sabroza (2004), “*a prática médica era mais prejudicial que eficaz*”.

Em todo o mundo, epidemias geraram revoltas populares, que por sua vez desencadearam reivindicações por melhores condições de vida, de trabalho e de salário através de movimentos coletivos e organizados dos trabalhadores urbanos. Nesse contexto, ainda, a participação do Estado na regulamentação do trabalho e na reorganização do espaço urbano, bem como a aplicação de métodos estatísticos para contabilizar as mortes e identificar diferenças de risco de morrer entre lugares e grupos sociais, contribuíram para o debate – que marcou o início do século XIX – sobre a importância da determinação ambiental ou social das doenças (Sabroza, 2004).

Na segunda metade do século XIX, as identificações da estrutura celular, dos principais processos fisiológicos e da teoria evolutiva das espécies, fundamentaram a ideia de saúde enquanto situação de adaptação às condições do meio externo. Tudo isso veio possibilitar ações diretas sobre os processos saúde-doença, no nível individual e coletivo, através de ações específicas eficazes, que não exigiam mudanças no modo de vida e na estrutura social (Sabroza, 2004).

Formas de intervenção sobre mecanismos de transmissão de doenças passaram a ser promovidas pelos agentes políticos e econômicos locais. Não demorou para que as epidemias, então emergentes, fossem finalmente superadas. No Brasil, o processo de industrialização – ainda incipiente – começou um pouco mais tardiamente, na década de 1930.

No entanto, as primeiras ações sistemáticas de saúde pública no Brasil datam do início do século XX. Com uma economia predominantemente agroexportadora e a emergência de diversas epidemias e surtos de doenças, o Estado brasileiro passou a promover ações de saneamento dos portos de Santos e Rio de Janeiro, além do programa de combate à febre amarela em São Paulo. Foi a estratégia do Estado para manter e fomentar a atividade econômica do país (Roncalli, 2003).

Em 1923, a lei Eloy Chaves criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), serviços administrados por patrões e empregados de uma mesma empresa, as quais, posteriormente, na era Vargas, foram reunidas por categoria profissional em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) tendo sido responsáveis pela assistência individual à saúde, enquanto que o Estado se ocupava do coletivo no auge do “sanitarismo campanhista”. Estabelecia-se, desde então, uma clara dicotomia entre as ações individuais e as ações coletivas (saúde pública), consolidando, com isso, a fragmentação do cuidado. E, com a mudança da atividade econômica – de agroexportadora para industrial – as práticas de prevenção à saúde passaram, da antiga necessidade de higienização dos portos, para a necessidade de higienização dos corpos dos trabalhadores (Roncalli, 2003).

Entretanto, em 1922, Geraldo Horácio de Paula Souza, recém-doutorado em Higiene e Saúde Pública na Universidade Johns Hopkins de Baltimore (EUA), assumiu o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo e criou os primeiros *Centros de Saúde* no Brasil, propondo posteriormente, em 1925, uma grande reforma no serviço que dirigia e um novo Código Sanitário. Nele, os Centros de Saúde tinham a missão

de promover um programa de educação sanitária para a população, através de seus agentes, denominados Educadores Sanitários. Os Centros de Saúde estariam espalhados por toda a cidade, e no caso dos usuários não poderem se locomover até eles, os educadores sanitários iriam até suas casas para ensinar-lhes novos hábitos de higiene (Santos, 1975; Campos, 2000).

Essas iniciativas, centradas na família e no território, tinham – ao contrário do modelo biomédico – enfoque na saúde e não mais na doença.

Com a crise social e política ocorrida nas duas últimas décadas do século XX, abriram – se espaços para a luta pela saúde nos países da América Latina (Campos, 1991).

No caso do Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o período Constituinte e a condução de correntes progressistas e socialistas a alguns governos municipais formaram um amálgama favorável à Reforma Sanitária. A conquista do direito à saúde – legitimada pela Constituição Federal (CF) em 1988 – teve, como uma de suas consequências, uma gigantesca demanda reprimida pelos serviços de saúde. Sua regulamentação, dois anos depois, pelas leis 8080/90 e 8142/90, trouxe a normatização necessária para a construção do novo modelo de atenção, pois era claro à época que o modelo então vigente não daria conta de tal demanda (Campos, 1991).

Entretanto, vinte e cinco anos se passaram e admitem-se problemas, tanto estruturais, quanto gerenciais, a desafiar a garantia do direito à saúde no SUS (Cunha e Campos, 2011). Trata-se de obstáculos relacionados, tanto ao aspecto estrutural e físico do sistema, quanto aos seus processos de trabalho, organização e diretrizes. A despeito dos esforços para a superação do paradigma biomédico, é necessário reconhecer que o mesmo ainda predomina nas práticas de atenção e assistência à saúde no Brasil. E ainda são muitas as dificuldades para a qualificação do atendimento e da assistência aos seus usuários, bem como para a garantia do acesso aos seus serviços.

Beck e Minuzzi, em 2005, já elencavam como barreiras ao acesso à escassa oferta de serviços médicos especializados, a insuficiência de leitos hospitalares, a desorganização no funcionamento de algumas instituições de saúde, a carência de recursos físicos, materiais e humanos, dentre outros aspectos.

Quanto ao acolhimento em saúde no Brasil, Mitre et al, em 2013, analisaram estudo desde o período imediatamente anterior a implantação do SUS (1989) até 2009, e detectaram avanços importantes, como a ampliação do acesso dos cidadãos à atenção primária à saúde e profissionais de saúde mais sensíveis às necessidades dos usuários e comunidades. Contudo, também verificaram ausência de articulação em redes integradas, excesso de demanda, modelo biomédico hegemônico, ausência de capacitação e de espaços democráticos e reflexivos para reorganizar o processo de trabalho em saúde.

Muito embora tenham sido encontradas evidências de redução da desigualdade no acesso a serviços de saúde no Brasil (Almeida et al. 2013), tal desigualdade tem sido historicamente marcante no Brasil, além de ainda não ter sido superada (Travassos, 2006).

A essas dificuldades, soma-se o fato de que estratégias verticais e uniformizantes reproduzem, em nosso país, o modelo biomédico focado na doença e centrado na figura do médico. E, assim, como em séculos passados, esse modelo – ainda dominante – não consegue dar conta, nem dos desafios impostos pelos indicadores de saúde, nem da satisfação das necessidades de saúde das pessoas.

A percepção dos usuários do sistema de saúde no Brasil é de que os serviços de saúde – tanto públicos quanto privados – não são adequados para resolverem os seus problemas, nem no plano individual, nem tampouco no plano coletivo (salvo exceções) (Merhy, 1998).

Contraditoriamente, vários estudos mostram os avanços científicos em torno de problemas que afetam a saúde das pessoas e das comunidades, bem como mostram a existência de serviços altamente equipados para suas intervenções (Merhy, 1998).

Ocorre que, ao se aprofundar no entendimento da queixa do usuário, percebe-se que ele, em geral, não reclama da falta de conhecimento tecnológico em torno de seu atendimento, mas da falta de interes-

se e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Via de regra, sentem-se desamparados, desrespeitados e desprotegidos (Merhy, 1998).

Para que mudanças possam impactar positivamente a realidade, transformar as práticas e ampliar a clínica é necessário que se compreenda o momento atual à luz da cristalização do modelo biomédico, ocorrida nos últimos séculos no mundo e – não diferentemente – no Brasil.

Identificado esse cenário, propôs-se então o resgate da clínica, ou mais que isso, sua reestruturação. Propôs-se o diálogo entre os sujeitos (quem cuida e quem é cuidado), que cada caso fosse considerado único e não padronizado, mas também usado para avaliar o contexto, ajudando a propor mudanças estruturais para modificar a realidade, sempre que esta for fator causal de determinadas condições. Essa nova concepção de clínica recebeu a denominação de *clínica ampliada* (Campos, 2007; Cunha, 2010).

2. Uma proposta para a ampliação da clínica

Esta proposta de mudança implica numa grande reorganização da lógica de atendimento de todo o serviço de saúde, que passa a ter como principal sustentáculo a atenção básica, a qual, nessa nova perspectiva, torna – se a porta de entrada no sistema, e por isso passa a ter papel fundamental no planejamento das ações de saúde (Campos, 1991).

Ao pensar tal lógica, Campos, em 1991, ressaltou que o diálogo necessário para que se alcançasse esse objetivo deveria ser feito pelos níveis primário, secundário e terciário, sem que um deles se sobrepujasse ao outro. Todos deveriam estar no mesmo nível hierárquico. Para tanto, seria necessária a regionalização e descentralização da assistência e também do planejamento. Nascia, então, um novo modelo de atenção à saúde, denominado *Modelo Paideia*.

Segundo tal modelo, as Unidades de Atenção Primária – então representadas pelos Centros de Saúde, que inicialmente foram idealizados para grupos populacionais de 20 a 30 mil pessoas em grandes centros urbanos – passariam a ser responsáveis por planejar e executar ações dentro de um determinado espaço geográfico (adscrição de clientela). Cada serviço desses deveria contar com várias equipes de referência, compostas por profissionais de diferentes áreas, responsáveis por ações preventivas e curativas, operando principalmente com ações programáticas, mas, ainda assim, mantendo espaço para intercorrências cotidianas de seus usuários. Deveria ser possível a inscrição e o acolhimento do maior número possível de pessoas.

Em razão desse desenho, e principalmente para garantir um atendimento integral, por vezes essas equipes necessitariam recorrer a um apoio especializado, sobre certos temas e assuntos que estariam além de seu núcleo de domínio.

Essa perspectiva de apoio originou-se do entendimento de Campos, em 1999, de que o trabalho em saúde seria baseado em equipes de referência e naquilo que ele denominou de “apoio matricial” (apoio especializado), enfatizando não mais a doença, mas sim o processo saúde e doença através da valorização do vínculo terapêutico, da gestão colegiada e das equipes multiprofissionais atuando transdisciplinarmente. Tal modelo propunha a construção cotidiana e coletiva de sujeitos protagonistas, profissionais e usuários, diminuindo os obstáculos de comunicação e ampliando a corresponsabilização sobre a produção do cuidado (Campos, 1999).

O apoio matricial foi assim proposto como uma forma de organizar o trabalho interprofissional, podendo ser entendido como um arranjo organizativo ou como um lugar estrutural (cargo) que trabalharia com esta função de apoio. Deveria oferecer retaguarda às equipes de referência, tanto no sentido assistencial, quanto no técnico-pedagógico de maneira interativa e personalizada, e dentre suas atribui-

ções poderíamos destacar que o apoio matricial deveria ter capacidade de agregar saberes e conhecimentos à equipe de referência, aumentando seu poder para definir seu plano de ação e, consequentemente, sua resolutividade (Campos, 2007).

Para uma interface real entre as equipes de referência e o apoio matricial seria fundamental a construção compartilhada das diretrizes clínicas e sanitárias entre os profissionais do apoio matricial e equipe de referência, as quais deveriam conter as orientações e critérios que a equipe de referência deveria seguir e também as atribuições do apoio matricial (Oliveira & Campos, 2015)

A metodologia de trabalho proposta na lógica da equipe de referência e apoio matricial deveria ocorrer através do encontro entre eles com o objetivo de discutir casos clínicos, diretrizes, problemas de saúde ou de gestão do sistema, identificados e levados pela equipe de referência.

Assim, tornar-se-ia possível a elaboração de um Projeto terapêutico individual ou singular (PTI ou PTS) com a definição das responsabilidades dos profissionais envolvidos, tanto da equipe como do apoio para o caso ou problema apontado. Este contato pode acontecer por meio de encontros periódicos sistematizados ou, em casos de urgência, a equipe pode demandar o apoio matricial por meio de comunicação previamente acordada (e-mail, telefone, diretamente com os apoiadores) para a avaliação do risco do caso identificado e marcação de possível agenda (Campos, 2007).

Vale reforçar que a equipe de referência deverá ser sempre a coordenadora e responsável pela condução do projeto terapêutico individual e o apoio matricial teria o papel de potencializar a clínica e a capacidade da equipe de referência de resolver seus problemas tornando suas ações mais resolutivas e integrais (Campos, 2007).

Sempre que a equipe acionar o apoio matricial, implicará na construção de um projeto terapêutico singular e este apoio poderá se dar de várias formas, de acordo com a necessidade sentida para a condução do caso. Poderá ser através de atendimentos compartilhados entre profissionais da equipe e apoiadores ou através de atendimentos realizados somente pelo apoiador, cujo conhecimento específico de seu núcleo seja necessário para o caso. Os apoiadores, nesse caso, deverão manter contato com a equipe, informando-a das decisões e condutas tomadas, além de dar retaguarda complementar para as necessidades do indivíduo que está sendo cuidado. Pode ocorrer também através da troca de conhecimento e orientações entre a equipe de referência e o apoio matricial para a definição de conduta mais adequada para o caso (Oliveira e Campos, 2015).

Estas considerações deixam claro que o paciente passa a ser compartilhado entre os serviços, modificando a lógica da referência e contrarreferência que deixa de ser realizada através de encaminhamentos, sendo realizada através de projetos terapêuticos sob responsabilidade da equipe, porém podendo ser executado por profissionais tanto da equipe de referência, quanto do apoio matricial (Campos, 2007).

Essa organização do processo de trabalho na forma de equipes de referência e apoio matricial foi idealizada para superar o paradigma biomédico de atenção à saúde. Nessa nova perspectiva as categorias profissionais são valorizadas e induzidas a atuarem considerando o seu núcleo de formação e o campo da saúde, produzindo-se, assim, um cuidado mais integral, resolutivo e comprometido, que considera as necessidades dos indivíduos cuidados (Campos, 1999).

Não se espera de uma equipe de referência a onipotência ou a onisciência. Espera-se contudo, habilidade no primeiro contato, a escuta qualificada e também a percepção de seus limites técnicos, tendo a exata noção de ser necessário recorrer a outros profissionais ou equipes especializadas para atingir a integralidade da atenção. Esse diálogo entre referência e especialistas, a troca de experiências entre diferentes equipes, onde uma se vale do saber da outra, é extremamente positivo para o serviço e para seu usuário. Através dessa interação as equipes de referência gradativamente agregam conhecimento à sua área de domínio (Campos 1991, 1999).

Assim, a organização em Equipes de Saúde da Família (ESF) e Apoio Matricial (AM) confere agilidade no atendimento às demandas, promovendo um aumento significativo na capacidade produtiva dos serviços. Além disso, o contato rotineiro entre o AM e a ESF promove a contínua capacitação dos pro-

fissionais da atenção primária e simultaneamente mostra aos especialistas as dificuldades da rotina diária de uma ESF. Também evidencia quais são as necessidades mais presentes em cada região adscrita e como o AM pode ajudar a promover, além da assistência individual, projetos coletivos para os diferentes tipos de clientela (Campos e Domitti, 2007). Tudo muito bem vindo, visto que, no SUS, evidencia-se a impermeabilidade do serviço especializado às demandas da rede assistencial, refletindo a heterogeneidade de compromisso e de integração da rede assistencial, além de entraves gerenciais importantes como: fragmentação da atenção e a responsabilização clínica insuficiente e inadequada; valorização social e organizacional diferenciada de saberes profissionais e de serviços complementares entre si; e, por fim, mecanismos de contrato e regulação da rede assistencial que, quando existentes, não valorizam o território e a corresponsabilidade dos serviços (Cunha e Campos, 2011)

Tendo em vista o impacto que esses entraves estruturais e gerenciais impõem na produção do cuidado em saúde, gerando necessidade de aumento da resolutividade e de abrangência em suas ações, o Ministério da Saúde publicou a portaria 1564 de 24/01/2008, criando os *Núcleos de Apoio à Saúde da Família* (NASF), reforçando assim a consolidação da Estratégia de Saúde da Família e a regionalização através da Atenção Básica. Atualmente, regulamentados pelas portarias 2488 de 21/10/2011 e 3124 de 28/12/2012, esses núcleos devem ser constituídos por equipes multiprofissionais que atuem de forma integrada às ESF e/ou as Equipes de Atenção Básica para populações específicas. Trabalhando na lógica do Apoio Matricial, devem adotar estratégias de organização da clínica e do cuidado em saúde, promovendo integração e cooperação entre as equipes responsáveis por um determinado território (Brasil, 2015).

Quadro 1. Exemplo de atuação de Equipe de Apoio Matricial

Equipe de apoio	Discussão dos casos entre ESF e Equipe de Apoio para construção de PTS;	CS 1 03 E.L.R.
	Levantamento das necessidades;	
	Planejamento compartilhado das ações;	CS 2 02 E.L.R.
	Atendimento compartilhado dos casos;	
	Monitoramento e avaliação por parte da ESF e da Equipe de Apoio.	CS 3 01 E.L.R.

Entretanto, o governo que ora toma essa iniciativa para fortalecer o SUS, ao longo dos anos promoveu ou permitiu práticas que dificultaram sua total implantação, como financiamento público insuficiente, subvenção federal aos Planos Privados de Saúde, gasto excessivo (em torno de metade do orçamento anual do Ministério da Saúde) com os Planos Privados de Saúde através de subvenções, isenções e deduções fiscais, contratações de Planos Privados para funcionários públicos das três esferas de governo e estatais, além do não ressarcimento previsto na lei 9659/98 e a extrema rigidez burocrática e administrativa do Estado (morosidade na reposição de mão de obra por concursos públicos ou licitação de insumos) (Santos, 2013).

Assim, embora tenhamos caminhado positivamente na direção da qualificação do cuidado e da integralidade em saúde, ainda há muito por se fazer. Mas a despeito das dificuldades, importantes experiências corroboram a importância do apoio matricial, tanto no cenário nacional, quanto internacional.

3. Experiências de modelos e arranjos na perspectiva do apoio matricial/ matriciamento

Experiências internacionais

A busca de literatura sobre o assunto revela que o termo *matriciamento* ou *apoio matricial* foi encontrado apenas no Brasil ou em trabalhos que citavam o Modelo *Paideia* (Campos, 2007).

Encontrou-se, no entanto, vários países que utilizam-se de sistemas de atendimento conjunto entre atenção básica e especialistas, como no município de Rosário, na Argentina (Cunha e Campos, 2011), bem como na Austrália, Canadá, Espanha e Reino Unido (Gonçalves, 2012), onde esse tipo de cuidado recebe a denominação de “*cuidado compartilhado*” ou “*cuidado colaborativo*”, e assim como o apoio matricial, tem por proposta estabelecer troca de conhecimento, ampliando possibilidades e qualificando a assistência principalmente entre equipes da atenção básica e especialistas.

No Reino Unido, o uso desta prática levou a maior satisfação dos pacientes, reduziu o número de exames solicitados e melhorou a resolutividade da atenção básica (Starfield, 2003), e ainda, promoveu melhoria no acesso, na colaboração entre os médicos e na sua percepção do desenvolvimento em suas habilidades (Vingilis *et al.*, 2007).

Na Espanha, em Múrcia, foi criada, em 2007, uma unidade interdisciplinar de diabetes, coordenada pela endocrinologia era composta por enfermeiras educadoras em diabetes e outras especializadas em efeitos da diabetes nos pés, nutricionistas, cirurgião, oftalmologista, médico socorrista e de reabilitação, além de 10 médicos generalistas e 10 enfermeiras de Atenção Básica. Essa equipe era responsável pela coordenação do cuidado em todos os Centros de Saúde de sua região, bem como no Hospital Reina Sofia Múrcia, que cuidam de pacientes diabéticos. Segundo García – Talavera Espín *et al.* 2012, este trabalho interativo entre Unidades de Diabetes e serviços de Atenção Básica contribuiu para reduzir o número de emergências e de internações, além de melhorar a comunicação interdisciplinar

Experiências nacionais

Os primeiros municípios do Brasil a adotarem a metodologia do Apoio Matricial para a gestão do cuidado foram Campinas (SP) e Belo Horizonte (MG) (Cunha e Campos, 2011).

Em Campinas, a implantação dessa metodologia se deu através do Projeto Paideia de Saúde da Família, de 2001 a 2004, conforme já citado.

Recordando e complementando, este programa teve como objetivo a reorganização do processo de trabalho na saúde através da reformulação da clínica, objetivando o cuidado dos sujeitos, famílias e comunidade, e não mais o enfoque na doença. Esta mudança foi pautada na reforma e ampliação da Atenção Básica através da implementação de diretrizes como a clínica ampliada, visando aumentar a resolutividade da Atenção Básica, dos Núcleos de Saúde Coletiva (NSC) para a ampliação das ações coletivas em nível local, e através do cadastro das famílias e adscrição de clientela por equipes de referência multiprofissionais. O apoio matricial às equipes de referência foi inicialmente desenvolvido pela Saúde Mental, pelo NSC e pela reabilitação física. Trabalhou-se também com o conceito de acolhimento e responsabilização como forma de garantir o acesso dos usuários à rede de serviços com a qualificação da escuta nas recepções dos centros de saúde, com o sistema de cogestão que significa a gestão participativa como forma de democratizar o poder. Também fez parte desse momento a motivação e educação dos trabalhadores, com a capaci-

tação das equipes de referência e apoio matricial no sentido de transformar as práticas em saúde, modificando o processo de trabalho nas UBS, almejando a ampliação da clínica (Campinas, 2009).

A área Saúde Mental de Campinas produziu várias experiências tendo o apoio matricial como objeto de estudo. Em 2006, Gomes *et al* relataram sua experiência em apoio matricial onde uma equipe de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) realizou o apoio a equipes de referência (médico generalista, ginecologista, pediatra, enfermeiro, equipe de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário e agentes de saúde) de um Centro de Saúde (CS) em Campinas/ SP.

O trabalho do apoio matricial se deu através da participação semanal dos profissionais do CAPS nas reuniões de equipe de referência para a discussão dos casos levados pela equipe e construção de PTS, através de atendimentos compartilhados com objetivo de dirimir dúvidas em relação à sua condução, sendo que deveriam permanecer em acompanhamento no CS e no estímulo à utilização de ferramentas não medicamentosas como o Centro de Convivência, parcerias com escolas, espaços de lazer e esporte no próprio território.

Para trabalhar a necessidade de superar a lógica da especialização e da fragmentação do cuidado, a equipe de apoio propôs a construção, em conjunto com a equipe de referência, de um roteiro para facilitar e qualificar a escuta, de forma a auxiliar no PTS desse sujeito.

Evidenciou-se que o apoio matricial facilita a vinculação dos usuários aos serviços da rede, pois o compartilhamento dos casos nas reuniões facilita a sua condução. Fica claro que a importância do apoio matricial se dá pela necessidade de se qualificar os serviços da rede e para a superação do modelo hegemônico de saúde ainda presente.

Em Belo Horizonte a experiência do matriciamento ocorreu no início dos anos 2000 através da implantação do Projeto *BH Vida*. Esse projeto promoveu a incorporação de toda a rede de atenção primária na Estratégia de Saúde da Família. Para isso foram feitos longos debates durante um ano envolvendo os trabalhadores da saúde, usuários, gestão, sindicatos e conselhos, conferindo assim grande legitimidade e credibilidade ao novo modelo e incorporando uma visão mais ampliada da atenção primária. Isso propiciou ao projeto ultrapassar suas pretensões iniciais. Como consequência houve a incorporação de outras áreas de atuação de forma articulada às equipes, o que trouxe repercussões na atenção secundária. Houve a criação de equipes de saúde mental, compostas por um psiquiatra, um psicólogo e um terceiro profissional (quase sempre um assistente social ou terapeuta ocupacional) na proporção de uma equipe de saúde mental para 08 equipes de saúde da família, lotadas em unidades básicas de saúde. A proposta era de que ambas as equipes (mental e básica) trabalhassem de forma integrada. A equipe de saúde mental se constituiria em referência para as equipes de saúde da família e também trabalharia para capacitar e ampliar (matriciar) sua capacidade de lidar com o sofrimento mental e com a subjetividade (Brasil, 2010).

A partir das equipes de saúde mental, outras equipes foram criadas no sentido do matriciamento, sendo que o núcleo da reabilitação física foi o seguinte, e essas equipes eram compostas de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e nutricionistas, os quais foram articulados em equipes, com o intuito de trabalhar de forma interdisciplinar com conjuntos variados de equipes de saúde da família (10 equipes em média). Essas equipes, como consequência, contribuíram para o aumento da capacidade resolutiva da atenção básica (Brasil, 2010).

Essa experiência não foi um simples agrupamento dos profissionais em equipes, mas, principalmente, uma importante reformulação do modo de se produzir saúde, sendo que equipes de saúde da família, juntamente com equipes de saúde mental e reabilitação desenvolviam planejamento conjunto da atenção aos cidadãos sob sua responsabilidade, divisão do trabalho e desenvolvimento de protocolos assistenciais e projetos terapêuticos. Cumpre ressaltar, ainda, a responsabilização das equipes também por aqueles usuários que fossem referenciados para outros níveis fora da atenção primária (Brasil, 2010).

Outro exemplo local de implantação do modelo de apoio matricial ocorreu no município de Joinville, SC, em 2010, quando se implantou o *Programa de Apoio Matricial em Cardiologia*. Inicialmente, a

equipe de apoio foi formada apenas por um cardiologista e uma enfermeira. A inclusão das Unidades de referência no Programa se deu em fases, sendo que em cada fase eram feitas avaliações sobre o Programa entre os apoiadores e os profissionais das equipes de referência. Ao final de trinta meses, 437 indivíduos foram excluídos da fila de espera de consulta com cardiologista, mediante consenso entre matriciador e equipe de referência. Destaca-se, ainda, o relevante impacto sobre a fila ao final de dois anos, passando de 11.180 para 3.739 pacientes, mesmo considerando as novas demandas geradas neste período. Observou-se aumento na competência das Equipes de Referência, na maior precisão nos encaminhamentos, na análise dos documentos clínicos, mesmo na ausência do paciente, busca e reavaliação dos encaminhamentos antigos, etc. Ficou claro o predomínio, na fila, dos casos de retorno, representando 80% da demanda. Além disso, cumpre ressaltar o impacto do Programa na redução do tempo de espera do usuário na fila, o qual passou a ser de até 03 meses (Hoepfner et al., 2014).

Uma experiência de apoio matricial, considerando o matriciamento como eixo central, é o estudo de caso realizado do processo de trabalho de duas equipes de NASF em uma região do município de São Paulo entre 2011 e 2012. Estas duas equipes somavam 30 profissionais e eram referência para 19 equipes de saúde da família. O núcleo do trabalho dessas equipes eram as reuniões com as equipes de saúde da família (EqSF). O trabalho era, então, organizado a partir de tais reuniões. Participavam das mesmas, ou toda a equipe do Nasf, ou alguns componentes, ou um trio de representantes. Dentre as reuniões realizadas, duas eram fundamentais na organização do trabalho:

- 1) Entre os trios de referências do NASF e as EqSF. Nesses espaços, a partir da discussão dos casos de maior complexidade, pactuavam-se estratégias de intervenção, decidia-se qual (is) profissional(ais) seria(m) referência(s) para o caso, realizava-se os agendamentos necessários, iniciando-se, portanto, as ações de matriciamento.
- 2) Reuniões entre os profissionais do NASF para discussão de casos, informações e soluções administrativas e planejamento das ações e dos núcleos e fluxos de trabalho.

O estudo dessas equipes revelou que ainda existem diferentes entendimentos e prioridades para o trabalho do NASF e para as ESF trazendo dificuldades na concretização do trabalho compartilhado. Somam-se a estas questões, as diferenças impostas pelos documentos norteadores para a organização do processo de trabalho destas equipes, no tempo destinado para a realização das atividades, além de distintas organizações administrativas para cada equipe. Para as EqSF a pressão da demanda dificulta a incorporação destas novas práticas baseadas no matriciamento e no compartilhamento dos casos por considerar que esta forma de trabalho sobrecarrega o já difícil cotidiano de trabalho das equipes. A distância entre as diretrizes e a prática pareceu ser relevante obstáculo, principalmente pela precariedade da rede de serviços que dão prosseguimento ao atendimento iniciado na atenção primária (nos diversos níveis de atenção à saúde). Outro aspecto importante foi relacionado à produtividade, dada a diferença de parâmetros exigidos para cada equipe (EqSF e NASF). Enquanto se esperava a realização de aproximadamente 400 consultas médicas mensais na EqSF, no NASF eram priorizadas ações coletivas e a produtividade tinha caráter mais qualitativo. Concluiu-se nesse estudo, entre outras coisas, que o aprimoramento e a qualificação dos processos de trabalho, bem como os avanços da Política de Atenção Primária no Brasil dependem da eficácia das mudanças. E, isso, por sua vez, se dará mediante compromissos que sejam permanentes e envolvam vários níveis hierárquicos (Lancman *et al.*, 2013).

O município de Fortaleza (CE) desenvolve apoio matricial em saúde mental para a atenção básica e revelou, em estudo de caso em 2013, que o matriciamento é potente no sentido de sinalizar os caminhos para a construção de modelo de atenção à saúde articulado e sinérgico com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (Jorge et al., 2013).

Apoio Matricial em Saúde Bucal: a experiência do CEO Ouro Verde (Campinas, SP)

Há carência de relatos na literatura sobre apoio matricial em saúde bucal. Um exemplo prático de matriciamento em saúde bucal é o do município de Campinas.

O Centro de Especialidades Odontológicas do Ouro Verde está situado no Distrito de Saúde Sudoeste em Campinas e oferece retaguarda na Atenção Secundária em Saúde Bucal a 12 Centros de Saúde que realizam assistência à saúde a aproximadamente 206.000 habitantes (IBGE, 2010). Todos os CS contam com profissionais de saúde bucal, independente das equipes estarem cadastradas ou não na ESF.

Todos os anos a Secretaria Municipal de Saúde oferece atualização em Diagnóstico de Lesões Bucais para os profissionais de saúde bucal da rede. Isso se dá como suporte para a Campanha Anual de Prevenção e Detecção Precoce do Câncer Bucal. O CEO Ouro Verde decidiu ofertar um Matriciamento em Diagnóstico Bucal, realizado pelo profissional desta especialidade, para os dentistas dos CS a ele referenciados, mudando a lógica de campanha para a de estruturação de processo de trabalho.

Os objetivos deste Matriciamento foram: qualificar os profissionais da Atenção Básica no exame clínico e diagnóstico dos pacientes com lesões em cavidade oral, organizar a linha de cuidado dos pacientes com Câncer Bucal e fortalecer a integração dos profissionais da Atenção Básica com os profissionais do CEO Ouro Verde, visando a integralidade do cuidado dos pacientes atendidos.

Durante a Campanha, os profissionais da Atenção Básica avaliam os idosos e quando estes apresentam algum tipo de lesão, são encaminhados para a especialidade.

O Matriciamento ocorre sempre após o término da Campanha. É elaborado um cronograma, através do qual os Dentistas de cada CS vão até o CEO e participam da reavaliação dos pacientes examinados na Campanha, juntamente com o especialista numa ação compartilhada.

No ano de 2014,:

- 08 profissionais de 06 CS foram matriciados;
- foram reavaliados 42 pacientes ;
- 26 encaminhamentos geraram retornos para procedimentos (04 pacientes com suspeita de câncer bucal);
- Os maiores impactos percebidos foram a maior responsabilização pelo seguimento dos casos de câncer pelos dois serviços e a sensibilização dos dentistas matriciados com relação à importância e a necessidade da constante atualização no tema.

No CEO Ouro Verde Campinas a estratégia do Matriciamento está colaborando para a construção de uma rede de saúde bucal mais integrada e resolutive.

Nota: Em “Experiências”, o leitor pôde ter conhecimento dos relatos que representam a experiência vivida por uma das autoras na atenção secundária em Campinas – SP. Essa apresentação pode ajudar a refletir em formas de Apoio matricial em outras localidades.

Outra experiência pode ser vista em:

BULGARELLI, Jaqueline Vilela et al. Prevenção e detecção do câncer bucal: planejamento participativo como estratégia para ampliação da cobertura populacional em idosos. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013, vol.18, n.12 [cited 2015-09-07], pp. 3461-3473 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123.

Assista aos vídeos:

<https://www.youtube.com/watch?v=A-wdK4oWSnA>

<https://www.youtube.com/watch?v=MIE6u5cm6is>

4. Considerações Finais

A fragmentação do cuidado em saúde – consequência da consolidação do modelo biomédico – tem impactado negativamente na qualidade e na eficiência do cuidado, bem como na organização dos sistemas de saúde e na satisfação dos usuários.

A elaboração de um novo arranjo, envolvendo e conjugando a atenção primária com outros núcleos especializados de saberes tem se mostrado eficaz no sentido de aumentar sua resolutividade e melhorar a organização e a gestão do cuidado em saúde.

Tanto em nível nacional, quanto internacional, experiências corroboram a potência desse novo arranjo – o apoio matricial – para adoção de um novo paradigma de gestão do cuidado em saúde menos fragmentado e que seja, sobretudo, centrado no indivíduo e na saúde.

5. Referências Bibliográficas

Almeida G, Sarti FM, Ferreira FF, Diaz MDM, Campino ACC. Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998–2008. *Rev Panam Salud Publica* 33(2), 2013.

Barros, JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 1-11, jan./jul. 2002.

Beck CLC, Minuzi D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. *Saúde*, Santa Maria, vol 34a, n 1-2: p 37-43, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portal-dab/ape_nasf.php. Acessado em: 09 de março de 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 2), Brasília, 2010. 256 p.

Campos, C. Geraldo Horácio de Paula Souza: A Atuação de um Higienista na cidade de São Paulo, 1925-1945. *Hist. Ensino*, Londrina, v. 6, p. 179-186, out. 2000.

Campos, GWS. Domitti, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 (2):399-407, fev, 2007.

Campos, GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):393-403, 1999.

Campos, GWS. Reforma da Reforma: Repensando a Saúde. [Tese de doutorado]. Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP, 1991.

Capra, F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultura, 1982.

Cruz, MM. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. *In*: Gondim R., Graboys V., Mendes W., (org). Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro. EAD/ENSP. 2011.

Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 3 ed. Ed. Hucitec. São Paulo, 2010.

García-Talavera Espín NV, López-Ruiz A, Nuñez Sánchez MÁ, Meoro Avilés A, Sánchez Cañizares C, Romero López-Reinoso H, López Olivar MD, Lapaz Jorge MÁ, Guirao Sastre JM, San Eustaquio Tudanca F, Soriano Palao J; Collaborative Group of the Diabetes Unit of the Reina Sofía University Hospital Murcia, Spain. How to reduce avoidable admissions due to acute diabetes complications?: interrelation between primary and specialized attention in a diabetes unit. *Nutr Hosp* 2012; 27(6):2079-2088.

Gomes VG, Onocko – Campos R., Furtado JP. Apoio Matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. Trabalho de conclusão do curso de Aprimoramento em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas- UNICAMP/SP. Campinas, 2006.

Gonçalves DA. Prevalência de transtornos mentais na Estratégia Saúde da Família e avaliação de um modelo de capacitação em Saúde Mental [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2012.

Hoepfner C, Franco SC, Maciel RA. Hoepfner MAS. Programa de apoio matricial em cardiologia: qualificação e diálogo com profissionais da atenção primária. *Saúde Soc. São Paulo*, v.23, n.3, p.1091-1101, 2014

Jorge MSB, Sousa FSP, Franco TB. apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm.* 2013 set-out; 66(5): 738-44.

Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2013;47(5):968-75.

Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *In: _____*. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público; Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8):2071-2085, 2012.

Oliveira, MM. Campos, GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1):229-238, 2015.

24 Programa de Saúde Paideia. [Acesso 2015 Mar 24]. Disponível em: <<http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm>>

Roncalli, AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. *In: Pereira AC. Odontologia em Saúde Coletiva. Planejando ações e promovendo saúde.* Ed Artmed. São Paulo, 2003.

Sabroza, PC. Concepções de saúde e doença. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2004. Mimeografado.

Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciência & saúde coletiva*, 18(1):273-80, 2013.

Santos PS. Cinquentenário da Faculdade de Saúde Publica da USP. *Rev Saúde Pública*. 1975; 9(2):95-7.

Starfield B. William Pickles Lecture. Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity. *Br J Gen Pract* 2003; 53(494):723-729.

Straub RO. Introdução à Psicologia da Saúde. *In: Straub RO. Psicologia da Saúde: uma abordagem biopsicossocial.* 3ed. Ed Artmed. São Paulo, 2012.

Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4):975-986, 2006.

Vingilis E, Paquete-Warren J, Kates N, Crustolo A, Greenslade J, Newman S. Descriptive and process evaluation of a shared primary care program. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice* 2007; 5 (4).

CAPÍTULO 12 – UTILIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Priscila Nicoletti Neves Camargo

Enfermeira da Prefeitura Municipal de Itapeva-SP; Especialista Saúde Pública – UNICSUL e Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde – Sírio-Libanês; Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Valéria de Araújo Machado

Enfermeira do Grupo de Vigilância Epidemiológica XXXII – Itapeva/ Secretaria de Estado da Saúde/SP, Especialista em Pedagogia do Ensino da Enfermagem – FIOCRUZ, Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Denise de Fátima Barros Cavalcante

Cirurgiã Dentista, Especialista em Saúde Coletiva e Gestão Financeira em Saúde, Ex Secretária de Saúde e Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Condado-PE e ex-coordenadora de saúde bucal de Limoeiro, PE; Mestranda do Curso de PG em Odontologia em Saúde Coletiva da FOP UNICAMP

Objetivo do Capítulo:

Compreender a finalidade e aplicação do Sistema de Informação no planejamento e organização dos serviços de saúde.

Conteúdo Programático:

- Introdução;
- Sistemas de Informação em Saúde;
- Principais Sistemas de Informação em Saúde;
- Sistemas em Saúde Bucal
- Experiências;
- Considerações Finais;

Leitura Obrigatória:

Andrade SM., Soares DA. Dados e informação em saúde: para que servem? In: Andrade SM, Soares DA, Cordoní Júnior L. (org.) Bases da Saúde Coletiva. Londrina: UEL, Abrasco, 2001. Cap.9- p.161-183.

Leitura Complementar:

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [acesso 2015 ago 12]. Estratégia e-SUS AB [vídeo]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>

Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB** [2015 ago 12]. **Disponível em:** <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>

Atividade Recomendada:

Visite o DATASUS

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>

Visite o site do SIOPS

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>

Faça um diagnóstico dos principais indicadores de saúde e o investimento que o seu município realizou no ano anterior ao vigente.

1. INTRODUÇÃO

Informação é fundamental em qualquer atividade humana, sendo necessária em qualquer decisão que tomemos no nosso dia a dia. As informações constituem-se em dados contextualizados que visam fornecer uma solução para determinada situação de decisão (Angeloni, 2003).

A informação em saúde pode ser entendida como um conceito ampliado que envolve informações sociais e demográficas, produzidas por instituições públicas e privadas como um instrumento de apoio ao planejamento e à tomada de decisão nos diversos níveis (Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, 1993).

Para conseguirmos obtê-las, precisamos de uma “matéria prima” que é o dado, correspondendo aos valores que ainda não estão trabalhados, após serem trabalhados transformam-se em informação, fornecendo conhecimento as pessoas (Andrade & Soares, 2001).

Sendo assim, para termos a informação precisamos ter dados, por conseguinte não são todos os dados que se transformam em informação útil em consequência de vários problemas. Entre esses problemas destacam-se o excesso de dados coletados e geralmente com pouca análise; dados com baixa qualidade; atraso na análise e comunicação da informação, fato que acarreta que se percam oportunidades de intervenções adequadas nos momentos certos, além de, muitas vezes, não serem captados todos os eventos que acontecem. É indispensável determinar que dados são necessários e devem ser priorizados a fim de evitar muita coleta e pouca análise. Para uma adequada organização de dados na área da saúde, é essencial que esses dados tenham uma boa cobertura, qualidade e que sejam oportunos (Andrade & Soares, 2001).

Dado, informação e conhecimento não podem ser tratados distintamente, e sim como complementares, sendo este último integrante deste fluxo de transformações dos dados e informações, sendo importante nas organizações, pois será o embasamento para reflexão norteando as decisões a serem tomadas (Cavalcanti et al, 2011).

O crescimento contínuo dos gastos em saúde, a produção cada vez maior de novas tecnologias e as mudanças no perfil epidemiológico das populações ocorridas nas duas últimas décadas, tem levado a necessidades diversificadas de atenção. Dessa forma, se faz social e politicamente necessário desenvolver mecanismos de articulação entre os setores envolvidos na produção, incorporação e na utilização de tecnologias nos sistemas de saúde (Brasil, 2010).

Buscando integrar e disseminar as informações do Sistema Único de Saúde, no ano de 1996, o Ministério da Saúde iniciou a organização da Rede Nacional de Informações de Saúde (RNIS). Mas foi na XII Conferência Nacional de Saúde, em 2003, que o documento “A Política Nacional de Informação e Informática na Saúde”, elaborado e relatado pelo Ministério da Saúde (MS), foi fundamental para a construção de um processo participativo através de uma Política de Informação e Informática em Saúde, gerando registros eletrônicos que seriam bases de dados, tanto para cuidados coletivos como individuais (Rotta & Andrade, 2004).

Para seguimento desta ação é que temos os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde.

Na figura 1, segue um esquema de todas as etapas que o processo de produção das informações em saúde percorre desde a fonte de dados até sua divulgação final, tanto para os tomadores de decisão e quanto ao público em geral.

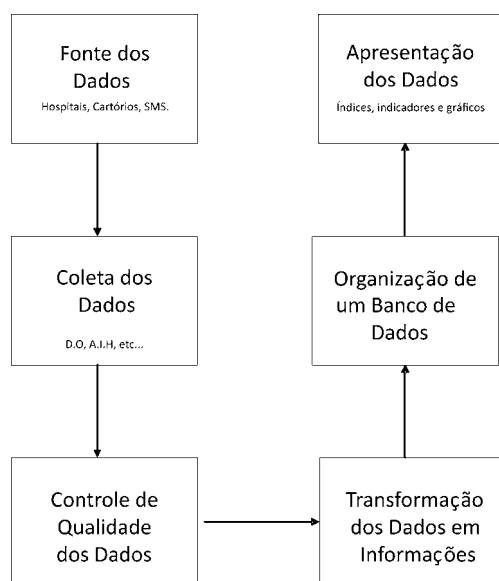


Figura 1: Processo de produção das informações em saúde percorre desde a fonte de dados até sua divulgação final
Fonte: Bittar & Pereira, 2009 modificado

Para Bittar & Pereira, 2009, os Sistemas de Informação na Gestão da Saúde possibilitam:

- Diagnóstico Situacional de Saúde- Diagnóstico de Saúde;
- Formulação do Plano de Ação- Plano de Gestão;
- Resumo do Plano de Ação- Quadro de Metas;
- Definição de Prioridades- Agenda da Saúde;
- Recursos necessários- Orçamento e recursos materiais, humanos e políticos;
- Avaliação e Monitoramento do Plano de Saúde- Relatório de Gestão

Quadro 1: Classificação dos Sistemas de Informação de acordo com a natureza

Sistema de Informações Estatístico-epidemiológico	Sistema de Informações Clínicas	Sistema de Informações Administrativas
Mortalidade e suas causas determinantes	Identificação do paciente, medicamentos prescritos, história médica	Controle de estoque de materiais
Morbidade da população e conhecimento da demanda pelos serviços	Exames clínicos	Gestão financeira e folha de pagamento
Aspectos sociais, econômicos e demográficos	Exames laboratoriais	Manutenção de equipamentos e estrutura
Acesso aos serviços, qualidade e satisfação do usuário	Exames radiológicos	Capacidade instalada

Fonte: Carvalho & Eduardo (1998)

Curiosidade

Assista ao vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=ck4JeLMsUaI>

2. SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde define Sistema de Informação em Saúde – SIS como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação, e inclusive recomendações para a ação.

Mota & Carvalho (1999), *apud* Andrade & Soares (2001), definem sistema de informação em saúde como “um conjunto de componentes que atuam integrada e articuladamente e que têm como propósito obter e selecionar dados e transformá-los em informação”.

A Constituição Brasileira de 1988 conferiu autonomia político-administrativa aos municípios, e a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996 (NOB/SUS 01/96) aumentou a responsabilidade dos municípios, que assumiram papel decisório nas ações de saúde em seu território. O cumprimento desse novo papel aumentou a necessidade de produção de informações confiáveis e disponíveis em tempo hábil para subsidiar o trabalho de técnicos e gestores (Branco, 1996).

Para uma informação ser gerada com veracidade, é necessário que os diferentes níveis (municipais, estaduais e federais) sejam articulados, visto que é no município que os eventos acontecem, sendo ele o responsável em coletar e processar os dados para posteriormente encaminhar os dados gerados ao estadual e este por vez ao federal (Andrade & Soares, 2001).

A maioria dos sistemas de informação em saúde (SIS) federais, potenciais aliados nesse processo, foi concebida antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu desenho, objetivos e metas estavam voltados para outro delineamento político, no qual os governos federal ou estadual geralmente produziam e utilizavam as informações em saúde para diagnóstico da situação municipal. Assim, os municípios enfrentaram dificuldades no desenvolvimento de sua capacidade técnica e assumiram preferencialmente o papel de coletores de dados, o que os levou a subutilizar os sistemas de informação. Várias iniciativas de adaptação dos SIS às novas necessidades foram empreendidas; porém, a diversidade dos municípios brasileiros implica diferentes possibilidades de implementação de políticas de saúde (Cohn, 2005).

Os municípios menores apresentam maiores dificuldades em relação à capacidade de gestão, e podem ter dificuldades na alocação de recursos materiais e humanos para o trabalho com os SIS. O investimento na alimentação dos SIS envolve comprometimento da gestão e dos profissionais uma vez que depende do afastamento das atividades da assistência direta à saúde. Hoje em dia nos municípios geralmente encontramos dois cenários bem distintos: um cenário de um município pequeno onde todo o Sistema de Informação da atenção básica é alimentado pelos próprios profissionais que produzem a informação, e os demais sistemas sob responsabilidade de alimentação da própria Secretaria Municipal de Saúde, onde constantemente são oferecidas capacitações sobre SIS às suas equipes; e um segundo cenário, onde o município paga para uma empresa de prestação de serviços assumir a informação em saúde

do Município, neste caso, a empresa recolhe os dados informados e a transmite diretamente aos demais entes federativos, este último menos comum à realidade.

A informação não deve ter fim em si mesma, mas deve ser utilizada por todos os envolvidos na gestão, no planejamento e avaliação dos serviços de saúde, e desta forma melhorar os níveis de saúde das populações. É imprescindível o “*feedback*” para os que a produzem, que estão na ponta, atendendo o paciente e registrando a informação, pois só assim ela será valorizada e aprimorada (Andrade & Soares, 2001). Ela é essencial para a democratização da saúde e aprimoramento da gestão, acontecendo a descentralização das atividades de saúde, e tornando possível o controle social sobre a utilização dos recursos disponíveis.

Ainda para os mesmos autores, na época da Ditadura Militar, houve durante algum tempo a proibição da veiculação de informações sobre algumas doenças e fatos que ocorriam, como por exemplo, os casos de meningite meningocócica em São Paulo, no início da década de 1970 (Andrade & Soares, 2001). Ainda hoje, ocorrem dificuldades na gestão dos resultados, tanto na consolidação dos dados o como na geração dos mesmos que perpassam pelo processo de produção das informações: fonte, coleta e controle.

Vidor (2011) verificou que duas realidades coexistem: municípios que percebem a alimentação dos sistemas de informação em saúde como tarefa a ser cumprida por ordem dos níveis centrais, em contraposição a municípios que visualizam o potencial desses sistemas, mas têm dificuldades em sua utilização. Alimentar os sistemas de informações não deve ser somente tido pelo município como uma obrigação, deve ser visualizada como uma importante ferramenta de gestão, porém deve-se ter pessoas capacitadas neste processo, evitando assim erros e dificuldades nas alimentações realizadas para mesmos. Desta forma, uma equipe devidamente treinada, bem como seus respectivos coordenadores, melhora o processo de produção das informações, o qual deve ser avaliado sistematicamente e apresentar-se o mais próximo à realidade.

Este último fato pode ser confirmado em um estudo realizado no período de 1996 a 2004, sobre as notificações da ocorrência de fissuras orais na declaração de Nascidos Vivos (DNV), apontando ineficiência no registro das mesmas, fato presente em decorrência de falhas no preenchimento e, principalmente, pela ausência de preenchimento do CID-10, mesmo tendo um campo específico, gerando uma imprecisão de informações, embora acometa parte da população brasileira (Nunes *et al*, 2006).

Os sistemas de informação em saúde evoluem rapidamente. Além das mudanças tecnológicas, os conceitos e métodos para armazenar, tratar e disseminar informações, para que sejam utilizadas da melhor forma por diferentes públicos (gestores, acadêmicos, sociedade em geral), também têm se desenvolvido com muita rapidez. Importantes diferenças são identificadas entre as experiências de diferentes países, que correspondem aos processos históricos e às características das instituições e das necessidades dos sistemas de atenção (Brasil, 2009).

No novo modelo de assistência à saúde, é preciso reverter a atual situação de centralização de dados, de limitação do uso dos mesmos, da demora com que são analisados e que retornam para o nível local, idealizando um novo sistema em que os dados passem a ser analisados no próprio município, gerando de forma oportuna subsídios para o planejamento e para as ações em saúde, bem como de ações para a melhoria da qualidade dos dados. Conhecer os passos de cada uma das etapas de um Sistema de Infor-

mações é de fundamental importância para garantir não só a fidedignidade das bases de dados, mas também a permanência e plena utilização das mesmas.

Garantirmos uma informação de qualidade é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde.

Curiosidade

Assista aos vídeos:

<https://www.youtube.com/watch?v=VbS329hWxPY>

<https://www.youtube.com/watch?v=nACSaI4fEK4>

Tutorial SIS DATASUS:

https://www.youtube.com/watch?v=W_v97qXt2II

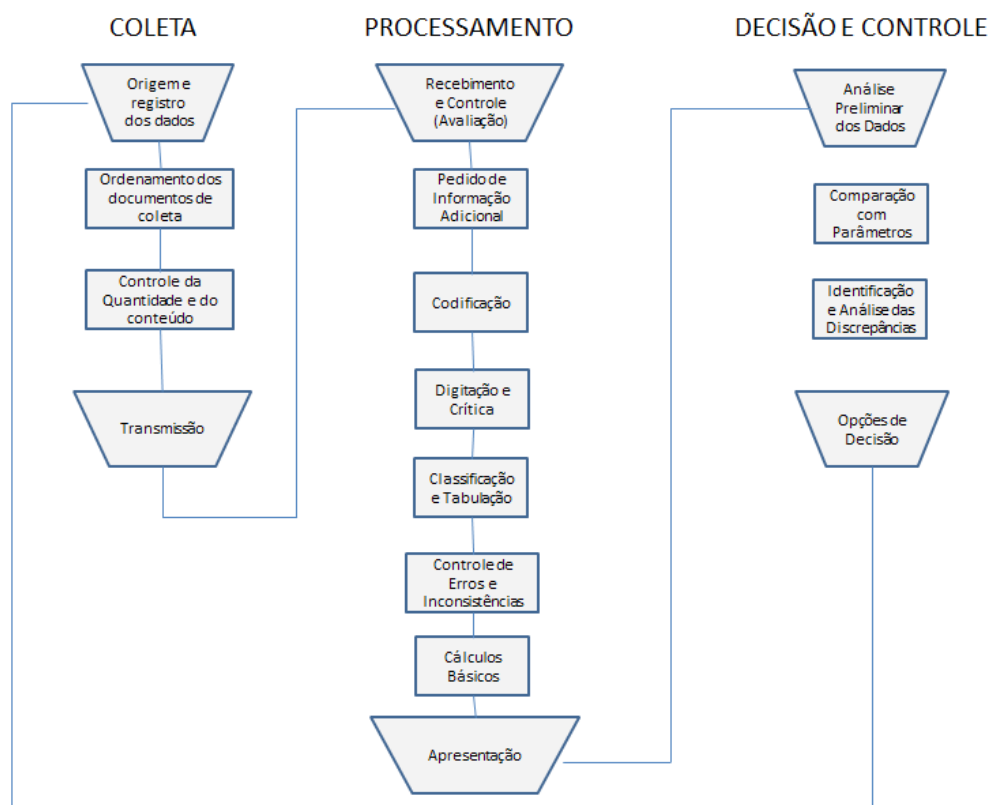


Figura 2: Etapas de um Sistema de Informação.

Fonte: Adaptado de Moraes, 1994.

3. PRINCIPAIS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE

No Brasil, além dos grandes bancos de dados gerados por atividades de outros setores (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA, etc) e estudos amostrais realizados por universidades e outras instituições, existem seis principais sistemas de informação de abrangência nacional: o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de

Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB (KIUTI *et al.*, 2004).

Quadro 2. Principais Sistemas de Informação de Abrangência Nacional

SISTEMAS	EVENTO	INSTRUMENTO DE COLETA	FLUXO	USOS
SIM	Óbito	Declaração de Óbito	Cartório/ Unidade SMS; Regional SES	Estudos de mortalidade. Vigilância de Óbito (Infantil, Materno..)
SINASC	Nascido Vivo	Declaração de Nascido Vivo	Cartório/Unidade SMS; Regional SES	Monitoramento da Saúde da Criança e Vigilância a Criança de Risco
SINAN	Agravos de notificação	Ficha de Notificação	Unidade SMS; Regional SES	Acompanhamento dos agravos de notificação compulsória, surtos e epidemias
SIH	Informação Hospitalar	AIH	Unidade SMS; Regional SES	Morbidade hospitalar, Gestão hospitalar, Custeio da Atenção Hospitalar
SIA	Informação ambulatorial	BPA	Unidade SMS; Regional SES; MS	Acompanhamento da produção ambulatorial, Gestão Ambulatorial, Custeio da Atenção Ambulatorial
SI-PNI	Imunização	Boletins mensais de doses aplicada e de movimentação de imunobiológicos	Unidade SMS; MS	Controle do uso de imunobiológicos

SCNES	Dados de estabelecimentos e profissionais	Cadastro de serviços e profissionais com consultas através do Datasus	SMS; MS	Visualização dos recursos físicos e humanos
SISREG	Regulação de solicitações: rede básica à hospitalar	Solicitações procedimentos a a serem realizadas	• Solicitante • Central de Regulação • Unidade Prestadora	Regulação
SISCAN	Controle de citologia oncológica e mamografias	Resultado de exames	Unidade/ Prestador SMS; MS	Através do acompanhamento dos pacientes para seguimento
SISPRENATAL WEB	Cadastro das gestantes	Acompanhamento pré-natal e puerpério	Unidade SMS; MS	Acompanhamento gestantes e puérperas
SIAB	Cadastro de dados residenciais e individuais da população Atenção Básica	Fichas A, B, C e D	Unidade SMS MS	Cadastro familiar, acompanhamento à gestante e à criança, hipertensos, diabéticos, tuberculosos e portadores de hanseníase, e dos procedimentos realizados na Atenção Básica.
SISAB	Cadastro de dados residenciais e individuais da população e atendimento da população na Atenção Básica	Fichas de: Cadastro familiar Visita domiciliar Atendimento na unidade e Atividades coletivas	Unidade SMS MS	Cadastro familiar, acompanhamento dos principais agravos; Processamento de toda coleta, armazenamento e transmissão dos dados produzidos na Atenção básica

Fonte: modificado disponível em <http://www.saude.sc.gov.br>

Sistema de Informação de mortalidade (SIM)

Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) foi desenvolvido e implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1975, envolvendo alguns Estados que já coletavam essas informações, com o ajuste dos respectivos sistemas, e todos os municípios de capital. Essa iniciativa estava inserida no conjunto definido como básico e essencial para a criação de um sistema de vigilância epidemiológica para o país (Brasil, 1998). O documento-padrão do SIM é a **Declaração de Óbito (DO)** composta por nove blocos, com um total de sessenta e duas variáveis, utilizada pelos Cartórios para emissão da Certidão de Óbito.

Declaração de Óbito (DO) é impressa, em três vias pré-numeradas sequencialmente, pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) que são fornecidas às secretarias estaduais de saúde para subsequente fornecimento às secretarias municipais de saúde, que as repassam aos estabelecimentos de saúde, institutos médicos legais, serviços de verificação de óbitos, cartórios de registro civil e médicos, denominados Unidades Notificadoras. O Cenepi recebe de todos os Estados os dados sobre mortalidade e faz a consolidação na Base Nacional de Dados sobre Mortalidade, disponível para acesso público. (Carvalho, 1997).

As informações são divulgadas das seguintes formas:

- Anuário de Estatísticas de Mortalidade, com dados desde 1977;
- Internet, pela página da FUNASA www.funasa.gov.br/sis/sis00.htm.
- CD-ROM;
- Site do DataSUS;

O SIM como já comentado anteriormente, tem origem da Declaração de óbito e de umas das variáveis mais importantes que é a causa básica do óbito, sendo destacável para a prevenção das mesmas (Andrade & Soares, 2001), tanto para o perfil saúde-doença como primeira ação de vigilância e para posteriormente ações norteadoras para a saúde brasileira (Brasil, 2001).

Sendo assim, para as mortes por causas naturais sabe-se “a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte”, e para as mortes por causas externas “as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal” (Brasil, 2001). Quando se tem o conhecimento da doença ou evento que deu origem ao processo ou levou ao óbito, pode-se intervir neste processo, prevenindo a causa inicial, e por consequência os processos decorrentes desta causa que levaram ao óbito (Andrade & Soares, 2001).

Usa-se a Classificação Internacional de Doenças (CID) para classificar a causa básica e demais causas do óbito que são informadas nas declarações de óbito antes de serem digitadas neste Sistema de Informação.

Atualmente o CID está na décima versão, por isso chamado de CID 10, é revisado periodicamente incluindo o surgimento de novas doenças e mudanças no critério diagnóstico de doenças já conhecidas (Bonita *et al*, 2010).

Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC)

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC compete a coleta e a produção de informações sobre a ocorrência dos nascimentos, dados da mãe, da gestação, do parto e do recém-nascido, permitindo conhecer o perfil dos nascidos vivos tais como peso ao nascer, condições de vitalidade, prematuridade, além da idade materna, distribuição espacial e temporal, entre outros.

Todo sistema tem início com a captação responsável dos dados, garantindo a veracidade e a completude das informações coletadas. No caso do SINASC, o preenchimento a Declaração de Nas-

cido Vivo – DN é de grande relevância, pois, além de ser a fonte do sistema, servirá de base para o registro civil, podendo implicar em incorreções na Certidão de Nascimento da criança. Portanto, é preciso entendimento, atenção e precisão por parte dos responsáveis pelo preenchimento da declaração. A participação de todos os profissionais envolvidos na produção e uso da informação sobre nascimentos é fundamental, para que seja possível retratar com fidedignidade o perfil dos nascidos vivos e subsidiar ações de melhoria e ampliação da atenção à gestante, ao parto e ao recém-nascido (São Paulo, 2011).

Na Declaração de Nascido Vivo (DN) é um formulário padronizado pelo Ministério da Saúde pré numerado apresentado em 3 vias, criada em 1990. É de uso obrigatório em todo o território nacional para que ocorra o registro civil de **todos os nascidos vivos**, quaisquer que sejam as circunstâncias de ocorrência do parto: hospitais, maternidades, serviços de urgência/ emergência, domicílio, vias públicas, veículos de transporte, etc.

Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

O SINAN tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo sistema de vigilância epidemiológica, nas três esferas de governo, para apoiar processos de investigação e de análise das informações sobre doenças de notificação compulsória (estabelecidas por Legislação e pelo Ministério da Saúde através de portarias). Concebido como sistema modular e informatizado desde o nível local, pode ser operado a partir das unidades de saúde. O SINAN foi implantado no país de forma gradual, a partir de 1993. Atualmente, o sistema está implantado em todo o território nacional. No nível nacional, a Secretaria de Vigilância à Saúde processa e consolida os dados enviados pelas secretarias estaduais de saúde. No sítio nacional do SINAN, podem ser obtidas as informações técnicas sobre o sistema e acesso a tabulações on-line.

Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

O SIH/SUS foi originalmente concebido como Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social – SAMHPS para operar o sistema de pagamento de internação aos hospitais contratados pelo Ministério da Previdência Social, a partir de 1981. Em 1986, foi estendido aos hospitais filantrópicos, para atendimentos prestados também a não-segurados da Previdência Social. Em 1987, os hospitais universitários e de ensino também passam a receber recursos da Previdência Social através do SAMHPS. Com a universalização do sistema de saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, o SAMHPS é estendido em 1991 para todo o Sistema Único de Saúde – SUS, incluindo então os hospitais públicos municipais, estaduais e federais (administração indireta e outros ministérios), transformando-se então no SIH/SUS.

Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

O SIA/SUS, gerido nacionalmente pela Secretaria de Assistência à Saúde, o sistema é responsável pela captação e processamento das contas ambulatoriais do SUS, que representam mais de 200 milhões de atendimentos mensais. O documento básico é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), que pode ser de dois tipos: o BPA-C ou BPA-I, preenchido pelas unidades ambulatoriais. Seu processamento é descentralizado na esfera estadual ou municipal, conforme o nível de gestão, para envio ao Datasus. O BPA-C tem o número de atendimentos realizados por tipo de procedimento e, dependendo deste, por grupo populacional e o BPA-I específico, por exemplo, para atendimento especializado a Pacientes Especiais no CEO, fornecimento de prótese ou atendimentos de fisioterapia, requerem mais informações do usuário,

sendo essencial nesse caso o número do cartão SUS, dentre outras informações. Existe também para procedimentos de Alta Complexidade o documento básico que é a “Autorização para procedimentos de alto custos/complexidade (Apac)”. Os dados não são individualizados, fornecendo basicamente indicadores operacionais. Estão disponíveis regularmente na internet, desde julho de 1994, para download e para tabulações on-line no DATASUS (Rede Interagencial de Informações para a Saúde- RIPSa, 2008).

Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização(SI-PNI)

Este programa fornece o controle e distribuição de imunobiológicos, seus dados fornecem informações de suma importância na estratégia de prevenção de doenças infecciosas e no controle de surtos e epidemias, bem como de cobertura vacinal (Bittar & Pereira, 2009).

No ano de 2015 teve início a informatização de todas as salas de vacinas, como controle dos lotes de cada Unidade Básica de Saúde, registro de intercorrências e de todas as doses aplicadas. Todavia, este sistema, por enquanto, não está vinculado ao E-sus, fato que gera desfragmentação do futuro grande “carro-chefe” dos sistemas.

Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)

Instituído pela Portaria MS/SAS nº 376, de 03 de outubro de 2000, e foi implantado nacionalmente a partir de agosto de 2003. O sistema registra as características dos estabelecimentos como: tipo, leitos, serviços, equipamentos, ele também informa a mantenedora, as habilitações, sua forma de relacionamento com o SUS e os profissionais dos estabelecimentos, assim como, as equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, permitindo então uma ampla visão dos recursos físicos e humanos existentes, SUS e não-SUS. Pode-se consultar o CNES através do DATASUS.

Sistema Nacional de Regulação (SISREG)

Desenvolvido pelo Datasus, sistema online que integra o Cartão Nacional de Saúde, agilizando o processo de regulação Nacional, dando assim maior credibilidade aos dados dos pacientes atendidos. Gerencia todo o processo regulatório desde a rede básica à internação hospitalar, prevendo um maior controle do fluxo, utilização dos recursos e visa a humanização dos serviços (Brasil, 2015).

Sistema de Informação do Câncer (SISCAN)

Sistema de informações que integra e substitui os sistemas oficiais de informação dos Programas Nacionais de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (SISCOLO e SISMAMA). O controle destes dois tipos de câncer faz parte de uma prioridade da Política de Saúde do Brasil e integra uma das metas do Pacto pela Saúde 2006 (Instituto Nacional do Câncer – INCA, 2013).

Neste sistema, as Unidades Básicas de Saúde e os serviços que realizam assistência para as pacientes fazem o acompanhamento das mesmas, gerando as informações sobre o seu seguimento.

SisPreNatal Web

Este sistema consiste em um software desenvolvido pelo Datasus, que tem a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e

Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde. No SisPreNatal está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (Brasil, 2011).

Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB)

O Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – SIPACS, com o objetivo de acompanhar as ações e os resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família – PSF (Brasil, 2015).

Focando em um contexto de reorganização do SUS, esse sistema foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde, priorizando em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes (Brasil, 2015).

Por meio do SIAB obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde, cadastro é realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde através da Ficha A, relatórios de visitas e fichas de programas prioritários, e alimentados no sistema.

Atualmente o sistema está gradativamente sendo substituído pelo Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB).

Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB) e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)

Este sistema veio em substituição do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para melhor reestruturação das informações da Atenção Básica em nível nacional. Este sistema faz parte de uma forma organizacional dos Sistemas de Informações do Ministério da Saúde, focando que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. O e-SUS faz parte da organização para futuramente viabilizar o SUS eletrônico (Brasil, 2014).

A estratégia e-SUS AB é um conjunto de ações para qualificação das ferramentas usadas pelos profissionais da Atenção Básica, ela é composta pelo SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica) e pelos Sistemas E-sus AB (DAB, 2015 vídeo).

O SISAB orienta o modelo de informação para a gestão da Atenção Básica no nível federal, e para a gestão da Atenção Básica nos estados e municípios. O SISAB é o novo SIAB, as fichas são individualizadas, permitindo o acompanhamento do histórico de atendimentos de cada usuário, e a produção de cada profissional (Brasil, 2014).

Os objetivos do e-SUS AB são: criar sistemas adequados à prática dos trabalhadores da Atenção Básica, a integração gradual dos sistemas: SISVAN, SISPRENATAL, HIPERDIA e viabilizar mais tempo as ações de atenção, cuidado e promoção da saúde. Para coletar e transmitir as informações para a base nacional SISAB, são usados os sistemas e-SUS AB, CDS e PEC (DAB, 2015 vídeo).

O e-SUS AB pode ser usado pelas equipes de Saúde da família, profissionais de Unidades Tradicionais, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Equipes de Atenção Domiciliar, Consultório na Rua, Programa Saúde na Escola e Academia da Saúde (Brasil, 2014).

Os sistemas que compõe esta estratégia além do SISAB, são os dois sistemas de softwares: o sistema com coletas de dados simplificada (CDS) e o sistema com prontuário eletrônico do cidadão (PEC) (Brasil, 2014).

O CDS é um modelo de coleta simplificada estruturado por fichas de papel que possibilita o registro do resumo do atendimento pelo profissional ao cidadão. Este tipo de sistema atende bem as Unidades Básicas de Saúde que ainda não estão informatizadas.

As novas fichas passaram por uma reestruturação integrando informações e reduzindo o número de fichas usadas por profissional. Apesar de o registro ser por fichas, estas informações são integradas ao sistema com o PEC, mesmo que as equipes de saúde usem o CDS, o registro vai para o histórico de atendimento do cidadão e quando a UBS for informatizada, o histórico dos atendimentos do cidadão estarão disponíveis no prontuário eletrônico PEC (DAB, 2015 vídeo).

O sistema com o prontuário eletrônico do cidadão é um sistema de gestão para as UBS informatizadas. Este usa um prontuário eletrônico como ferramenta para estruturar o trabalho dos profissionais de saúde da atenção básica e, além disso, pode auxiliar o fluxo da UBS com ferramentas como agenda dos profissionais, lista de atendimentos, relatórios e outras funcionalidades que complementam o trabalho da equipe de saúde (DAB, 2015 vídeo).

Existe a necessidade também de se ter um sistema com centralizador que pode ser municipal, regional ou estadual. Ele é o mesmo software PEC só que habilitado para centralizador, que tem funções específicas como receber, centralizar e transmitir informações, além de gerar relatórios apoiando o gestor municipal a organizar todas as informações de suas equipes de saúde, independentemente dos softwares escolhido para as UBS, o município deverá instalar um centralizador para reunir as informações das equipes seja para gerar os relatórios de gestão no município ou para organizar as informações a serem compartilhadas com os sistemas de informações estaduais e nacionais (DAB, 2015 vídeo).



Figura 3. Distribuição das fichas CDS/e-SUS AB

* Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate às Endemias (ACE).

FONTE: BRASIL, 2014

Curiosidade

Assista aos vídeos:

<https://www.youtube.com/watch?v=fkS0hgrvbY0>

<https://www.youtube.com/watch?v=IamMjgdimAY>

<https://www.youtube.com/watch?v=qXaWx3jJDEE>

4. SISTEMAS EM SAÚDE BUCAL

Em Saúde Bucal, não há sistemas específicos para este fim, mas utilizamos o SIAB, SIA, SISAB (e-SUS), o SCNES e o SINAN algumas vezes.

Seguem alguns exemplos práticos: O SIAB, apesar de estar com fim anunciado para a competência de dezembro de 2015, além de fornecer os dados para avaliação de risco, através do perfil dos moradores, serviu muito tempo para monitoramento dos principais indicadores de saúde bucal, onde no item de Produção de Marcadores para Avaliação Complementar (PMA C), verifica-se em odontologia os quantitativos de: atendimentos de urgência, Primeira Consulta Odontológica Programática, Escovação dental supervisionada, Tratamentos Concluídos, Instalação de prótese dentária, Diagnóstico de alteração de mucosa, atendimentos à gestante e encaminhamentos à atenção secundária.

No SIA, temos acesso ao quantitativo e qualitativo de aprovação de todos os procedimentos odontológicos básicos ou especializados, realizados pelo município, pela região, Estado ou país. Salientamos que o SISAB, através do e-SUS, já é capaz de obter os relatórios que contemplam as informações do SIAB e SIA, facilitando o acesso à informação e qualificando as respostas e os encaminhamentos do indivíduo nos fluxos de atendimentos seguintes.

Como complemento da informação, todos os estabelecimentos em saúde e profissionais devem estar inseridos no SCNES (Sistema de Cadastro de estabelecimentos em saúde), o qual vincula os procedimentos realizados ao local, à equipe e ao profissional que os executou. O SINAN é usado mais raramente pelo dentista, mas deve ser utilizado na notificação de agravos compulsórios, pois pode ser utilizado por qualquer profissional da Unidade de saúde.

Todas as informações geradas pelos sistemas acima descritos, exceto o SINAN que possui acesso privativo com senha, e o e-SUS que está parcialmente implantado, estão à disposição em domínio público no site do DATASUS (datasus.saude.gov.br).

Curiosidade

Assista ao vídeo:

<https://www.youtube.com/watch?v=eBwlohHHenc>

5. EXPERIÊNCIAS

Percebe-se que na vivência atual a falta de Recursos Humanos acaba gerando problemas para a utilização e alimentação do SIS, sendo uma grande fragilidade a ser resolvida. Foca-se muito mais nas atividades práticas que são cobradas no momento e acaba-se deixando “para quando sobrar um tempinho” para a alimentação dos sistemas. Em contrapartida, Cavalcante *et al* (2011) ressaltam que há uma grande resistência dos profissionais de saúde pelo desconhecimento da tecnologia como instrumento de trabalho.

Devido a isso, em muitos municípios ainda há a descentralização da informação, onde a Unidade Básica de Saúde compila os dados e repassa para uma central que é quem alimentará o sistema. De certa forma esta central pode verificar a veracidade, erros imperceptíveis dos dados daqueles que os geram antes de alimentar os sistemas, pois geralmente as informações inseridas são irreparáveis, por outro lado, gera um duplo trabalho neste quadro de escassos recursos humanos.

Nunes *et al* (2006) relatam em seu estudo que o preenchimento da DNV é considerado como tarefa meramente administrativa, feita através dos registros do prontuário médico, por um pessoal sem contato com a sala de parto, o que ocasiona dificuldade em sanar as dúvidas existentes sobre o nascimento de bebês com alguma malformação. É muito importante a gestão trabalhar com os profissionais da ponta a necessidade e importância dos dados para os Sistemas de Informações para as informações em saúde, pois se estes que executam ações não souberem, muitas informações destacáveis serão omitidas, gerando informações errôneas de saúde.

Os sistemas visam integrar todas as informações para facilitar o seguimento das pacientes no SIS-CAN e SISPRENATAL WEB, porém não são todos os serviços prestadores na atenção à Saúde da Mulher que realizam estes seguimentos, como os serviços credenciados (Ambulatório Médico de Especialidade-AME e Hospitais), fato que causa falhas no seguimento.

Para Cavalcante *et al* (2011), há uma grande necessidade de integrar os sistemas de informação, com o foco de diminuir ou extinguir o retrabalho, que corresponde a digitação após a realização das fichas escritas, pois há uma necessidade dependência mínima de papéis, e assim reduzir custos, porém há a necessidade de infraestrutura e aquisição de tecnologias; também não pode-se deixar de citar o grande temor da exposição de condutas clínicas no prontuário eletrônico.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A essência das profissões é a informação. Todas as atividades da saúde estão envolvidas com a busca e o uso das informações e é através dela que se organiza para realizar o processo de cuidado, gerenciamento e avaliação. Assim, “quanto melhor os sistemas informatizados conseguem registrar, armazenar e disponibilizar esta informação, tanto melhor será o ato do profissional – melhor informação, maior qualidade na tomada de decisão” (MARIN, 2010).

Na Saúde Coletiva a informação em saúde surge como área de conhecimento, reconhecendo e interagindo nos determinantes do processo saúde-doença. Ela é a fonte fundamental para que se consiga realizar o desenvolvimento do planejamento das ações locais para que as equipes possam ser fundamentadas em suas atividades e ações voltadas a realidade locorregional, e desta forma, os sistemas de informações são as ferramentas primordiais para estas serem geradas (Barbosa & Forster, 2010).

Espera-se que em um futuro próximo seja almejado o prontuário eletrônico do paciente e, desta forma, sejam momentâneas as atualizações e clareza deste fluxo e atendimentos percorridos pelo mesmo, e possa-se gerar um maior controle dos insumos, e relatórios de indicadores precisos, estruturando o processo de trabalho e uma gerência efetiva (Cavalcante *et al*, 2011).

É importante enaltecer que os sistemas de informações, além de serem criados por pessoas da área da tecnologia da Informação, também tenham a participação de pessoas técnicas das áreas envolvidas, focando em algo que até hoje em dia está longe de acontecer que seria otimizar a junção dos diversos sistemas, fato que vincularia todas as informações e desvincularia diversas fragmentações que acabam sendo mal alimentadas e geram inutilização.

7. REFERÊNCIAS

- Andrade SM, Soares DA. Dados e informação em saúde: para que servem? In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Júnior L, organizadores. Bases da saúde coletiva. Londrina: EDUEL; 2001. cap.9, p.161-83.
- Angeloni MT. Elementos intervenientes na tomada de decisão. Ciên Inf. 2003; 32(1): 17-22.
- Associação Brasileira de Saúde Coletiva. GT Informação em Saúde e População. Relatório informação em saúde a serviço da sociedade. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993.
- Barbosa DCM, Forster AC. Sistemas de informação em saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. Cad Saúde Colet. 2010; 18(3): 424-33.
- Bittar TO, Pereira AC. Sistemas de informação em saúde. In: Pereira AC, organizador. Tratado de saúde coletiva em odontologia. Nova Odessa: Napoleão; 2009. p.373-82.
- Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Epidemiologia básica. 2.ed. São Paulo: Santos; 2010. 213p.
- Branco MAF. Sistemas de informação em saúde no nível local. Cad Saúde Pública. 1996; 12(2): 267-70.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [acesso 2015a ago 12]. Estratégia e-SUS AB [vídeo]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de instruções para o preenchimento da declaração de Óbito: 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a. 44p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de procedimento do sistema de informações sobre mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b. 36p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Sistema de informação do câncer: manual preliminar para apoio à implantação. Rio de Janeiro: INCA; 2013. 143p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual do SisPreNatal: versão 2.16 – Sistema de acompanhamento do programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 2v.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portal da saúde [internet]. SISREG – Sistema Nacional de Regulação [acesso 2015b abr 05]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&id=30430>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção básica: manual do sistema com coleta de dados simplificada: CDS [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 124p. [acesso 2015 abr 05]. Disponível em: http://novo.guarulhos.sp.gov.br/files1/Manual_CDS_ESUS_2014.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 48p.
- Campos, GWS. Saúde Paideia. 3 ed. Ed. Hucitec, São Paulo, 2007
- Carvalho DM. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. Inf Epidemiol SUS. 1997; 5(4): 7-46.
- Carvalho AO, Eduardo MBP. Saúde & Cidadania. Sistema de Informações em Saúde. São Paulo: 1998; 17-56.
- Cavalcante RB, Silva PC, Ferreira MN. Sistemas de informação em saúde: possibilidades e desafios. Rev Enferm UFSM. 2011; 1(2): 290-9.
- Cohn A, Westphal MF, Elias PE. Data and the process of formulating health policies. Rev Saúde Pública. 2005; 39(1): 114-21.

- Governo do Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde [acesso 2015 abr 10]. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Sistemas_de_Informacao/Sistemas_InformacaoSaude.pdf
- Kiuti LT, Carvalho Júnior PM, Carvalho VCL. Sistemas de informação em saúde para o SUS: uma análise quantitativa dos trabalhos publicados na base LILACS. In: Anais do 9º Congresso Brasileiro de Informática e Saúde, 2004 nov 7-10; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: SBIS; 2009 [acesso 2015 abr 10]. Disponível em: www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/785.doc
- Marin JF. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. J Health Inform. 2010; 2(1): 20-4.
- Moraes IHS. Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: HUCITEC; 1994. 172p.
- Mota E, Carvalho DM. Sistemas de informação em saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. cap.22, p.505-21.
- Nunes LMN, Pereira AC, Queluz DP. Fissuras orais e sua notificação no sistema de informação: análise da Declaração de Nascido Vivo (DNV) em Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, 1999-2004. Ciên Saúde Colet. 2010; 15(2): 345-52.
- Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. 349p.
- Rotta LA, Andrade LOM. A estratégia saúde da família e as tecnologias de informação: o seu uso entre médicos e enfermeiros na atenção básica em sobral/CE. Sanare [internet]. 2004; [acesso 2015 mar 10] 5(1): 175-85. Disponível em: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/136/128>
- São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. Declaração de nascido vivo. Manual de preenchimento da declaração de nascido vivo. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2011. 24p.
- Vidor AC, Fisher PD, Bordin R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. Rev Saúde Pública. 2011; 45(1): 24-30.

CAPÍTULO 13 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ASPECTOS RELACIONADOS À GESTÃO PÚBLICA

Jaqueline Vilela Bulgareli

Cirurgiã Dentista; Especialista Saúde da Família – FAMEMA; Mestre MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP; Doutoranda em Saúde coletiva PPG em Odontologia FOP/UNICAMP

Luciane Miranda Guerra

Cirurgiã-dentista; Docente da FOP-UNICAMP; Especialista e Doutora em Saúde Coletiva- FOP/ UNICAMP

Darlene Glória de Ávila Ferreira

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba; Mestre MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Denise Cristina Braulio Simpriano

Cirurgiã-dentista; Mestre MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Fernando Rosário de Sousa

Educador Físico e Historiador; Mestre MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Karina Corrêa

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba; Mestre MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Objetivos do capítulo

Este capítulo tem como objetivos: induzir a reflexão sobre as práticas educativas em saúde, na perspectiva de várias abordagens pedagógicas, motivando o leitor para uma postura crítica, dialógica e problematizadora. Fornece, ainda, subsídios para as práticas educativas à luz da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Conteúdo Programático

- Considerações Iniciais
- Histórico das práticas educativas em saúde no Brasil
- Processo ensino – aprendizagem
- A importância da Interdisciplinaridade para a educação em saúde
- As práticas pedagógicas e a organização do trabalho em saúde
- Educação Permanente em saúde
- Educação em Saúde e Atenção Primária
- Experiências práticas

Leitura Obrigatória

Silva CMC, Mialhe FL, Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação em Saúde e suas Práticas ao longo da história brasileira. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL. Promoção da Saúde. 1ed. Ed Santos: São Paulo, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portaria Nº 1.996 GM/MS, 2007.

Leitura complementar

Mialhe FL, Guerra LM. Avaliação das práticas de educação em saúde entre acadêmicos de odontologia e profissionais de serviços públicos. In: Associação Brasileira de Odontologia; Pinto T, Groisman S, Moysés SJ (org.) PRO-ODONTO PREVENÇÃO Programa de Atualização em Odontologia Preventiva e Saúde Coletiva: Ciclo 8. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p.55-126.

Atividades

- 1) Em relação às práticas em saúde, realizadas no seu município:
 - Descreva como as mesmas são organizadas
 - Trace as principais concordâncias e divergências entre essas práticas e as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
 - O que você proporia de mudanças em tais práticas, visando maior impacto das mesmas nos seus problemas – alvo?
 - CECCIM, R. B. C.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

“Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela
tampouco a sociedade muda.

Paulo Freire

1. Considerações Gerais

Muito se fala da necessidade de uma prática educativa que envolva uma reorientação do seu foco de mudança dos comportamentos passivos para uma participação mais ativa dos envolvidos nos processos de autogestão em saúde e também no desenvolvimento e efetivação de políticas públicas de saúde.

Para isso, é necessário que as práticas pedagógicas no campo da saúde apresentem uma perspectiva dialógica com vistas a participação social e a busca pelo princípio da integralidade. Sua concretização envolve saberes, práticas, vivências e cuidados em todos os níveis da atenção em saúde, a partir de interações que possuam não um “emissor” e um “receptor”, mas sim sujeitos que, em comunicação, partilham saberes significativos na construção de uma melhor qualidade de vida para todos.

Como será evidenciado no presente capítulo, um dos principais objetivos da educação em saúde com vistas ao empoderamento é o de levar os sujeitos à maior autonomia. Entretanto, como bem aponta Morosini et al. (2008), o campo da educação em saúde apresenta diversos projetos de sociedade e visões de mundo que se refletem nas formas de conceber e organizar os discursos e as práticas educativas em saúde.

Atualmente, considera-se que a educação em saúde deve estar presente em todas as atividades do sistema e ser uma atribuição comum a todos os profissionais de saúde que nele exercem suas atividades, garantindo a articulação entre todos os níveis de gestão, sendo um mecanismo para a formulação da política de saúde de forma compartilhada e presente também nas ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários, considerando as dimensões sociais, ética, política, cultural e científica. Ela deve favorecer, portanto, a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema universal, público, equânime, integral e democrático.

Cabe lembrar que a educação em saúde é, antes de tudo, educação. Assim sendo, enquanto processo dialógico, formativo e transformativo, supõe o contato, a troca de conhecimentos, além do desenvolvimento de competências, hábitos e valores (Silva et al., 2012). Não obstante, esse processo deve ser crítico e transformador, entendendo o indivíduo como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidado de si, de sua família e da coletividade. Portanto, educar em saúde deve pressupor um processo sistemático e contínuo, com participação ativa da população no diagnóstico da realidade, com vistas à emancipação e a autonomia de cada indivíduo, e o melhor exercício de sua cidadania.

Contudo, presenciamos muitas vezes um descompasso entre os avanços teóricos e a prática. Na teoria busca-se uma abordagem mais compreensiva e interpretativa do processo saúde/doença, considerando, além do saber científico, o saber popular, as representações sociais, o senso comum e as interações entre as dimensões política, econômica, social, cultural e subjetiva desse processo. Na prática, entretanto, observa-se que persistem modelos e paradigmas de educação em saúde os quais condicionam, muitas vezes, práticas reducionistas, as quais permanecem pautadas em concepções tradicionais ou ‘bancárias’ da educação, pautadas exclusivamente em conteúdos do saber científico e com vistas à mudanças de comportamentos, porém, indiferentes à realidade dos sujeitos (Alves e Rabelo, 1998; Buss, 2003; Mialhe e Guerra, 2015).

Entretanto, pelo fato de serem formados segundo o modelo biomédico, muitos profissionais desconsideram que os comportamentos, na verdade, são expressões das percepções, valores, representações simbólicas, relações de poder, crenças e sentimentos dos indivíduos, bem como de suas condições de vida; ou seja, não são modificados, unicamente, a partir de novos conhecimentos (Gazzinelli et al., 2005; Mialhe e Guerra, 2015).

Para compreendermos o universo de significados dos sujeitos relacionados à saúde e doença, e suas dificuldades em mantê-las, precisamos exercitar a escuta ativa e reconhecer que dos saberes comuns provenientes da experiência com a doença, o que faz de cada indivíduo um caso único e singular, e empregarmos saberes das áreas das ciências sociais tais como a antropologia, a sociologia, a filosofia, a psicologia, a economia, a política (Gazzinelli, 2006).

É nesse contexto mais amplo de saberes e práticas que a educação em saúde apresenta o potencial de criação de propostas pedagógicas que, de fato, promovam e mantenham a saúde, tomando os sujeitos como seres que produzem sentidos e cujas ações são determinadas e condicionadas por fatores socioeconômicos, culturais e psicológicos.

2. Um breve histórico das práticas educativas em saúde no país

A fim de compreendermos por que as práticas educativas nos serviços são majoritariamente biologicistas e verticais (Vasconcelos, 2001), é necessário primeiro vislumbrarmos o processo histórico como elas foram desenvolvidas no Brasil.

Entre o período colonial até o início do século XXI, as práticas educativas em saúde nos serviços foram marcadas por características coercivas e muitas vezes repreensivas, pois se considerava que a ignorância e a falta de informação da população era a causa maior das epidemias e problemas de saúde que assolavam o país.

Após a segunda guerra mundial, ganhou ênfase a mobilização das populações em torno do desenvolvimento comunitário, ideário esse trazido e defendido pela Organização Mundial de Saúde com a finalidade de motivar à participação social para a reivindicação de melhorias e combate à miséria (Oliveira, 2000). Nascia, então, a “Educação para a Saúde” (Rocha, 1997).

Assim, mudava-se o paradigma: de concepção tradicional, com repasse de informações enfatizadas em modelos preconcebidos, para uma educação em saúde pública na qual o indivíduo desenvolve maior autonomia para cuidar de sua saúde, e a mesma passa a ser considerada como resultante de múltiplos fatores, não apenas os comportamentais (Silva et al., 2012).

Nesse contexto, consolidou-se a ideia de educação crítica, reflexiva, problematizadora e construída de forma compartilhada (Pelicioni e Pelicioni, 2007; Pelicioni et al., 2008).

Mas, com o Golpe Militar, em 1964, houve total esvaziamento da participação social e de ações que dessem voz aos sujeitos, além do que, a política de saúde no Brasil firmou-se no modelo *hospitalocêntrico*, com enfoque na assistência médica, tendo a educação em saúde voltada para os interesses da elite. Isso se traduzia em prescrição de normas para os grupos populares (Vasconcelos, 1999). Nessa época, as péssimas condições de saúde da população refletiam as desigualdades sociais vigentes, acumulando doenças infecciosas com as crônico-degenerativas (Oliveira, 2000).

O descontentamento com o modelo econômico e a assistência à saúde no país passou a fazer parte da pauta de preocupações dos profissionais dos serviços e dos intelectuais da área acadêmica. Este fato desencadeou a reflexão de estratégias para a implantação de um sistema de saúde focado nas necessidades da população (Oliveira, 2000).

Nessa mesma época, em 1978, acontecia no Cazaquistão uma importante conferência de saúde reunindo líderes do mundo todo. Era a *Conferência Internacional de Alma Ata*, cujas principais conclusões apontavam os cuidados primários em saúde como o novo caminho às políticas de saúde (Rocha, 1997). Enfatizava-se, nesse contexto, a participação comunitária e o envolvimento dos diferentes setores da sociedade.

Já na década de 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ampliou seu conceito de saúde para além do modelo biomédico de atenção, considerando a importância dos aspectos relacionados aos determinantes e condicionantes socioeconômicos, culturais, comportamentais, estilo de vida e fundamentalmente as ações com ênfase na promoção e prevenção, as quais auxiliam no entendimento do processo saúde doença, desencadeando assim a geração de um movimento internacional de atenção integral a saúde denominada de “*Promoção de Saúde*” (Pelicioni, 2005).

O movimento de Promoção da Saúde no Brasil, tem como objetivo melhorar a cidadania e a saúde pública, preparando o indivíduo para assumir maior autonomia no seu cuidado em saúde, fortalecendo a participação popular e a atuação dos profissionais e comunidade na melhoria da qualidade de vida (Pelicioni e Pelicioni, 2007). Todo este processo é mediado pela educação em saúde.

Nesta jornada histórica da saúde pública no Brasil, diversos modelos de educação em saúde foram utilizados, os quais geraram, por conseguinte, concepções variadas de sua prática.

3. Sobre os objetivos dos processos de ensino-aprendizagem

Iniciar um programa de educação em saúde implica necessariamente o desenvolvimento de uma metodologia que alcance os objetivos propostos à luz do caminho mais adequado e fundamentado num processo de ensino-aprendizagem.

A eficácia da aprendizagem de determinada população-alvo depende de um grande número de fatores ligados ao educador, ao educando e ao contexto, os quais os agentes da educação em saúde devem conhecer para ponderar se realmente conseguirão alcançar os objetivos propostos em suas intervenções. No planejamento das atividades, os educadores devem ter claros os objetivos que querem alcançar ao final delas. Há várias taxonomias de objetivos educacionais ou de aprendizagem propostos na literatura, porém, a mais utilizada, baseada em Bloom (1979), que abrange três domínios (Bastable, 2010):

- **Domínio cognitivo ou intelectual** – refere-se aos conhecimentos que serão adquiridos, incluindo a capacidade de memorização, compreensão ou interpretação de dados ou fatos.
- **Domínio psicomotor** – referem-se às capacidades práticas ou destrezas, contempla a imitação, a capacidade de repetição e finalmente o posicionamento perante diferentes situações.
- **Domínio afetivo** – refere-se às atitudes e valores. Compreende a receptividade, a conceitualização e a interiorização de um valor ou atitude específica. Neste caso é necessária a presença de uma motivação.

Ao se traçar os objetivos de aprendizagem, é necessária uma análise sistemática e real das necessidades da população-alvo à qual se dirigirá o programa de educação em saúde (Bastable, 2010).

Além disso, uma proposta educativa em saúde poderá conter dois níveis de objetivos: os gerais e os específicos. Um objetivo geral define-se como uma declaração ampla do que se espera da população-alvo ao final do processo educativo, porém sem expressar o que e como se deverá aprender, apenas o resultado final esperado. É estabelecido o comportamento da população-alvo no início do processo educativo e o que se espera alcançar com a implementação do programa em saúde. Já os objetivos específicos devem contemplar quais conhecimentos e atitudes se espera que a população-alvo adquira a cada momento da intervenção ou encontro entre indivíduos e profissionais de saúde, sempre trabalhando a partir das esferas cognitiva, afetiva e psicomotora. (Bastable, 2010).

Em relação ao processo de ensino-aprendizagem em si, para que ele obtenha sucesso, há que se considerar alguns fatores fundamentais para o planejamento de programas de educação em saúde, os quais são apresentados no quadro 1.

Quadro 1: Características que aumentam a efetividade do processo de ensino-aprendizagem.

- Usar métodos que estimulem os vários sentidos.
- Envolver ativamente a pessoa no processo de aprendizagem.
- Estabelecer um ambiente de aprendizagem apropriado e confortável.
- Avaliar a disponibilidade para aprender do educando, que pode ser afetada por fatores físicos e emocionais.
- Tornar a informação relevante, associando as necessidades existentes e os interesses do educando.
- Estruturar o processo de aprendizagem de forma a alcançar um progresso reconhecível pelo indivíduo e fornecer, de forma frequente, um feedback positivo.
- Começar o desenvolvimento do tema ou assunto a partir do que é conhecido e avançar para o que é desconhecido, passando do simples ao complexo.
- Aplicar os conceitos de várias configurações para facilitar a generalização.
- Adequar o ritmo de aprendizagem de acordo com o indivíduo.

Fonte: Endelman e Mandle, 2002.

Phillipe Perrenoud, professor da Faculdade de Ciências da Educação da Universidade de Genebra, sugere que, para que uma prática educativa realmente transformadora ocorra, os educadores dominem dez grandes grupos de competências (Perrenoud, 2000):

- 1) Organizar e dirigir situações de aprendizagem;
- 2) Administrar a progressão das aprendizagens;
- 3) Conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação;
- 4) Envolver os educandos em suas aprendizagens e em seus trabalhos;
- 5) Trabalhar em equipe;
- 6) Participar da administração do ambiente educacional;
- 7) Informar e envolver familiares;
- 8) Utilizar novas tecnologias;
- 9) Enfrentar os deveres e os dilemas éticos da profissão e
- 10) Administrar a própria formação.

4. A importância da Interdisciplinaridade para a educação em saúde

Esse conceito, apesar de nuclear para a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, é, todavia, visto com ressalvas, tanto pelos profissionais quanto pelas entidades organizativas que os representam. O foco central desta desconfiança é o temor pela perda da especificidade de cada profissão (Saupe e Budó, 2006).

A interdisciplinaridade não significa negar as especialidades e especificidades de cada profissão. O seu sentido reside na oposição da concepção de que o conhecimento se processa em campos fechados em si mesmos, como se as teorias pudessem ser construídas em mundos particulares, sem uma posição unificadora que sirva de base para todas as ciências, e isoladas dos processos e contextos histórico-culturais. A interdisciplinaridade tem que respeitar o território de cada campo do conhecimento, bem como distinguir os pontos que os unem e os que os diferenciam. Essa é a condição necessária para detectar as áreas onde se pode estabelecer as conexões possíveis. Cada especialidade precisa ultrapassar sua área de formação e competência, evidenciando seus próprios limites e buscando a contribuição de outras disciplinas. Deste modo, a interdisciplinaridade busca a superação da racionalidade científica positivista, aparece como entendimento de uma nova forma de institucionalizar a produção do conhecimento nos espaços da pesquisa, na articulação de novos paradigmas curriculares e na comunicação do processo de perceber as várias disciplinas (Siqueira e Pereira, 2015).

A habilidade de identificar dificuldades para a prática interdisciplinar é fundamental para a manutenção da estabilidade da equipe. A apropriação, mediante uma reflexão crítica das dificuldades encontradas nos projetos interdisciplinares pode funcionar como ferramenta importante para a superação destas dificuldades, bem como para proporcionar crescimento interno. Não existem fundamentos prescritivos para a prática interdisciplinar; é na vivência, nos acertos e erros e na identificação das dificuldades que se constrói um cotidiano de equipe (Saupe et al., 2005).

Desta maneira, diante destes apontamentos, fica evidente que a interdisciplinaridade tem extrema importância no planejamento e desenvolvimento e consolidação das práticas de educação em saúde

5. Práticas pedagógicas e sua relação com a organização do processo de trabalho em saúde

As práticas de saúde são consideradas práticas educativas, uma vez que se estruturam como um processo de trabalho o qual supõe sempre a transformação de um objeto em um novo objeto seja este material, ideia, uma consciência, mentalidade, ou valor (Brasil, 2007a).

Há que se considerar, entretanto, que os objetivos da ação educativa são critérios de suma importância na escolha da abordagem pedagógica adequada. Há casos em que se requer a transmissão de informação e outros em que certo automatismo deve ser fixado pelo aprendiz para a execução de sequências rígidas de operações. Ou seja, no processo de ensino-aprendizagem é fundamental que se enfatize o objetivo da ação educativa, que é desenvolver a personalidade integral do aprendiz, sua capacidade de pensar e raciocinar, seus valores e hábitos de responsabilidade e cooperação (Bordenave, 1994).

Desse modo, resumidamente, pode-se elencar dois tipos de abordagem mais utilizadas em saúde, conforme o contexto, o objetivo e a necessidade de cada caso: as abordagens tradicionais, representadas pela transmissão do conhecimento e pelo condicionamento do aprendiz, e as abordagens que têm o aprendiz como foco, que podem ser humanistas, socioculturais (Machado e Wanderley, 2015).

Pedagogia da transmissão

Conhecida como “pedagogia da transmissão”, já que valoriza o conteúdo educativo, ou seja, os conhecimentos e valores transmitidos por alguém que sabe o assunto para outro alguém que não sabe. Neste sentido, o profissional é o detector do “saber” único e individualizado e, portanto, torna-se o responsável pelo processo de ensino-aprendizagem. Existe uma expectativa de mudança de atitude e comportamento do outro frente ao que lhe foi ensinado. Fica evidente, nesta prática educativa, a passividade e a falta de atitude reflexiva do outro (ou seja, do receptor de informações) em função da não “problematização” da sua realidade levando, desta forma, a um distanciamento entre teoria e prática (Bordenave, 1994).

Pedagogia do Condicionamento

Concepção pedagógica, também chamada “engenharia do comportamento”. Está relacionada ao behaviorismo (Watson, Skinner) e a reflexologia (Pavlov). Aplica-se a um modelo de conduta, baseado na emissão de estímulo e recompensa capaz de “modelar” o comportamento do outro mediante as respostas esperadas pelo profissional. Está associado à tríade “estímulo-resposta-reforço”, onde o sujeito termina por ser condicionado a emitir respostas desejadas sem necessidade de um reforço contínuo (Bordenave, 1994).

Dica!!

Para saber mais sobre esta abordagem assistam ao filme:

Pink Floyd. The Wall. Publicado em 2012 mar 22. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=vrC8i7qyZ2w>

Humanista:

Na abordagem Humanista o sujeito é considerado o “arquiteto de si mesmo”, atuando de forma ativa na construção do seu conhecimento. Sendo assim, o profissional exerce o papel de facilitador da aprendizagem propiciando condições favoráveis para a autodescoberta do outro e suas potencialidades. Esse modelo didático possibilita que o sujeito aprenda por meio da ressignificação de suas experiências pessoais (Oliveira e Leite, 2011).

Dica!!

Para saber mais sobre esta abordagem assistam ao filme:
Sociedade dos poetas mortos

Sociocultural:

Essa abordagem baseia-se, principalmente, no trabalho de Paulo Freire (figura 1), o qual adota, na atividade educacional, uma metodologia ativa e dialógica (Cunha e Pezzato, 2012). A ação educativa leva em consideração o contexto político, econômico, social e cultural do indivíduo (Vasconcelos et al., 2009; Oliveira e Leite, 2011), o que permite ampliar o “olhar” de mundo e sociedade, compreendendo desta forma o problema do sujeito. Por isso, esta abordagem é denominada por Bordenave como “pedagogia da problematização” ou “educação libertadora” (Bordenave, 1994).

O Arco de Charles Maguerez, é uma das estratégias de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento da Problematização. Consta de cinco etapas que acontecem a partir da realidade social: a observação da realidade, os pontos-chaves, a teorização, as hipóteses de solução e aplicação à realidade, que estão descritas a seguir (figura 2). Neste sentido, o profissional ou o professor é entendido como facilitador do processo educativo criando, assim, condições para que se desenvolva uma consciência crítica e reflexiva em torno das questões relacionadas com a prática de vida deste indivíduo.

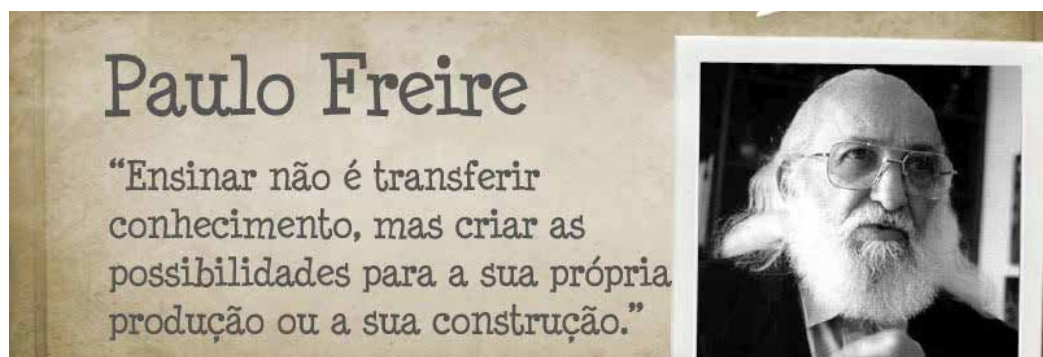


Figura 1: Paulo Freire
Fonte: Teixeira, 2013.

Proposta de Maguerez Método do arco



Fonte: <http://tccrosangelamenta.pbworks.com/pa>

Figura 2: Proposta que Maguerez denominou Método do Arco

Fonte: Mello, 2007.

Assim, independentemente da metodologia educacional a ser empregada, o mais importante é considerar os profissionais de saúde e a comunidade como participantes ativos do processo de aprendizagem, inclusive em relação aos objetivos desses processos. Esses atores devem estar presentes em todos os momentos do planejamento, do desenvolvimento e da avaliação do projeto político, tecnoassistencial e pedagógico da equipe (Vasconcelos et al., 2009).

Atualmente, no contexto dos serviços de saúde pública, a educação em saúde possui várias dimensões, dentre as quais destacam-se: a dimensão da educação popular em saúde, que reconhece que os saberes são construídos diferentemente, e, por meio da interação entre sujeitos, sendo que tais saberes tornam-se comuns ao serem compartilhados, e a dimensão norteadora dos processos educativos contínuos dos trabalhadores nos diferentes arranjos assistenciais do SUS, representada pelas diversas formas de Educação Permanente em Saúde (EPS) (Miranda et al., 2008).

Nesse sentido, a necessidade de fomento às políticas de desenvolvimento para os seus trabalhadores é um dos grandes desafios do SUS hoje. E, para isso, o que se propõe é um processo permanente de aprendizado pelo trabalho, construindo e reconstruindo novos valores, ideais e lutas para mudanças nas práticas, na gestão e na participação social (Montenegro, 2010).

A estratégia norteadora da EPS é a aprendizagem significativa e problematizadora. As construções são coletivas e a relação sempre dialógica e horizontal. Cada um dos atores envolvidos – trabalhadores, usuários e gestores – deve compartilhar, ensinar e aprender, construir e desconstruir concepções, ideias e conceitos sobre a saúde e sua produção e sobre seus papéis (Machado e Wanderley, 2015).

“...Pressupõe o desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos, em um processo de discussão em equipe, ou de autoavaliação, na perspectiva de buscar alternativas de transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes.”

(Ceccim e Feuerwerker, 2004).

Nessa perspectiva, em 2004 o Governo Federal institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2004), a qual foi revista e atualizada em 2007 pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria 1.996/GM/MS, a qual avança para o direcionamento apresentado pelo Pacto pela Saúde, em 2006. Nela se expressa o foco na descentralização de suas ações; o fortalecimento das instâncias gestoras, da gestão participativa, das necessidades locais e regionais e do maior envolvimento dos governos estaduais na sua gestão e efetivação (Brasil, 2007b).

Dentre os grandes desafios dessa Política destacam-se:

- A ruptura do paradigma curativista e biologicista, próprio da formação das diferentes categorias profissionais e a superação da visão de que ao técnico de saúde cabe o saber absoluto sobre os processos de adoecimento da população. Essa visão desconsidera a contribuição do sujeito na produção do cuidado (Brasil, 2005a).
- A responsabilização dos gestores do SUS pelas ações de EPS de modo que todos os integrantes das Equipes de Saúde da Família, nos seus campos de saberes e a partir das necessidades do serviço, comprometam-se em realizar e participar das ações de EPS de forma colaborativa e contextualizadora, não se limitando a ações verticalizadas e programáticas focadas na doença (Brasil, 2002).

A referida Política, conforme salienta o Ministério da Saúde:

“Busca também a formação de um profissional crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar atenção ética, humana e de qualidade. O objetivo não é apenas formar bons técnicos, mas bons profissionais, capazes de serem criativos no pensar, no sentir, no querer e no atuar (Brasil, 2005b).

A estratégia é a da aprendizagem significativa, ou seja, a aprendizagem que faz sentido para o indivíduo. Ela faz a interlocução com os problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas possuem. Para que a aprendizagem se torne significativa, a construção do conhecimento passa pela problematização. “Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos, ideias, compreendendo os processos e propondo soluções” (Brasil, 2005b).

É necessário, contudo, fazer uma distinção importante entre a Educação Permanente e outra estratégia, muito utilizada entre os trabalhadores da saúde, que é a Educação Continuada.

A Educação Continuada obedece uma lógica prescritiva, em que geralmente se transmite o que é considerado “a melhor prática”, sem abordar as capacidades, os limites e as possibilidades locais, o objetivo é o acúmulo do saber (Vasconcelos et al., 2009), conforme apresentado no quadro 2.

Quadro 2: Diferenças entre a Educação Permanente e Educação continuada.

Educação continuada	Educação Permanente
Relacionado ao tema específico e pré-determinado	Relacionado a um ou mais assuntos de escolha da equipe
Não há possibilidade de discussão ou contextualização	Propicia discussão e reflexão com a equipe
Conhecimento por transmissão	Conhecimento que de individual passa a ser coletivo
Metodologia de ensino pouco efetiva na transformação de processos de trabalho.	Metodologia que propicia a transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes
Saber tácito (apenas voltado para nós) e pouco factível	Democratização e socialização do saber
Acesso ao conhecimento pelo conhecimento.	Conhecimento agrega e orienta para a realidade das equipes
Pode não permitir a articulação da temática com a prática do serviço	Possibilita a avaliação e auto avaliação do processo de trabalho da equipe

Fonte: Machado e Wanderley, 2015.

Fica clara a importância da EPS nos diversos contextos e cenários da atenção à saúde. Contudo, seu papel é ainda mais enfatizado no contexto da Atenção Primária à Saúde, já que se trata da porta de entrada preferencial do Sistema e nível ordenador do cuidado no SUS.

PARA LER E ESTUDAR:

Para saber mais leia a Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0137/PortariaGM_2004_0198.pdf.

E a Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html

Recomendações de como melhorar os processos de EP:

“Os Pólos de Educação Permanente são instâncias de articulação interinstitucional para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras. É o lócus para a identificação das necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade” (Lopes et al., 2007).

Definindo os objetivos da EP (Brasil, 2000):

1. Melhorar a qualidade dos serviços, mediante um processo educativo permanente e comprometido com a prática do trabalho (Brasil, 2000);
2. Aumentar a resolutividade das ações frente aos problemas prevalentes;
3. Fortalecer o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família;
4. Fortalecer o compromisso com a saúde da população por parte dos membros da equipe.

O desenho de um projeto de educação permanente para as equipes de Saúde da Família deve incluir, de maneira simplificada (Brasil, 2000):

1. Levantamento das necessidades da comunidade e dos profissionais;
2. Elaboração dos objetivos de aprendizagem;
3. Seleção de conteúdos ou temas;
4. Definição dos métodos e técnicas de ensino-aprendizagem;
5. Organização sequencial do currículo/grade programática;
6. Definição das atividades;
7. Execução do programa com contínua avaliação do processo e dos resultados

Segundo o documento da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012), participar de atividades de educação permanente é uma das atribuições e que deve ser fomentada por todos os membros das equipes da atenção básica:

[...] é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade (Brasil, 2012, p. 39).

6. Educação em Saúde na Atenção Básica

Dentro da abordagem da Promoção da Saúde, como norteadora da Saúde Pública, sendo um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (Conferência..., 1986), a educação em saúde ganha destaque, apresentando-se como um dos seus eixos de sustentação.

O tema “educação” ganha cada vez mais importância nas discussões e reflexões dos profissionais de saúde pública, como uma das diretrizes para a concretização e reestruturação do SUS, permeando todos os níveis de assistência à saúde. Contudo, é na Atenção Básica que vem encontrando pleno espaço para o seu desenvolvimento.

Nos últimos anos, todas as esferas de governo esboçaram iniciativas a fim de criar mecanismos que assegurassem na realidade as conquistas sociais que foram estabelecidas no plano legal. Assim, após al-

gumas propostas de mudanças nos processos organizativos dos serviços de saúde, foi idealizado na década de 90 o Programa Saúde da Família (PSF), com o propósito de mudança do modelo de atenção à saúde, que passa a ter as famílias como núcleo do cuidado, sendo estas abordadas e compreendidas a partir do meio onde vivem.

Nesse cenário, dentro das ações do PSF emergem as ações educativas como ferramenta essencial para incentivar a autoestima e o autocuidado dos membros da família, promovendo espaços de reflexão. Esse processo pressupõe abertura, disponibilidade para ouvir o outro, horizontalidade na relação interpessoal e na ação educativa em si (Nora et al., 2009).

Deste modo, as ações no cotidiano do PSF, sejam nos espaços convencionais, como os grupos educativos, ou nos espaços informais, como na visita domiciliar, expressam a assimilação pela equipe do princípio da integralidade (Costa, 2009), já que, educar para a saúde requer que se ultrapasse a assistência curativa, dando prioridade a ações preventivas e promocionais.

Neste espaço de relações, pode-se considerar todos os trabalhadores da saúde como educadores e, ao mesmo tempo, juntamente à população atendida, sujeitos do processo de produção dos cuidados em saúde. Assim, quem educa é dialeticamente educado. Isto porque, qualquer pessoa, inclusive esses profissionais, está sempre reatualizando hábitos, concepções que foram construídas de acordo com o contexto histórico e cultural e reelaborando suas representações sobre saúde e doença. Assim, não existe um saber verdadeiro, todo saber é relativo, negado, superado ou complementado por outros saberes.

Logo, a práxis da Atenção Básica tem como componente essencial do trabalho dos profissionais o diálogo, sendo que, o reconhecimento sobre como estabelecê-lo, em que moldes e em que padrões, cabe à educação em saúde. Trata-se de um diálogo em que ambos, tanto o profissional da saúde como aquele sujeito que busca cuidado, elaboram conhecimentos e, nesse sentido, ocupam uma mesma posição (Gazzinelli, 2006).

Dessa maneira, se não há o envolvimento da comunidade na contextualização do processo de aprendizagem e o compartilhamento dos desdobramentos, essas ações de saúde ficam restritas a programas com conteúdos sem sentido imediato para a população, sendo localizados, pontuais e campanhas. Atualmente, a educação em saúde depara-se com o desafio de não reproduzir a redução operada pelo higienismo, que responsabilizava o indivíduo pela reversão da sua dinâmica de adoecimento, dando a ele o papel de culpado, desconsiderando a dimensão social do processo saúde/doença.

Apesar disto, ainda faltam investimentos na Atenção Básica para que as ações educativas sejam colocadas em prática ou, quando desenvolvidas, muitas vezes são banalizadas, desconsiderando os referenciais teóricos e metodológicos que embasam o processo de ensino e aprendizagem. Assim sendo, grande parte das ações de educação em saúde são desenvolvidas de modo intuitivo, fundamentadas no bom senso ou na imitação de modelos, sem a criação de espaços para o exercício de uma análise crítica pelos sujeitos envolvidos (Conversani, 2004).

Essa dificuldade para mudança de paradigmas se pauta na permanência, ainda, do modelo hegemônico na prática profissional que, verticalmente, preconiza a adoção de novos comportamentos, como o de parar de fumar, vacinar-se, ter melhor higiene, entre outros, e de estratégias geralmente ditas coletivas, como a comunicação de massa. Nessa concepção, as soluções provenientes do exterior muitas vezes são incorporadas pelos sujeitos, que passam a defender os interesses dominantes, como mais medicalização, convênios de saúde, construindo-se uma nova subordinação (Gazzinelli e Penna, 2006).

Por outro lado, o sucesso do profissional da Atenção Básica de saúde ocorre quando o sujeito que procurou sua atenção e cuidados, adquire autonomia e emancipação, tornando-se independente do serviço de saúde. Todavia, trata-se de uma postura do profissional de saúde difícil de ser adotada, por necessitar de certo despojamento e de uma grande capacidade de conduzir o sujeito que recebe os cuidados ao reconhecimento de sua competência para mudar um estado específico de coisas relativas ao processo saúde-doença, e dar prosseguimento à sua vida, restituindo a ela o equilíbrio vital (Gazzinelli, 2006).

7. Experiências exitosas

Em vista da relevância do tema Educação em Saúde na Saúde Coletiva, considera-se importante divulgar algumas experiências municipais, que tiveram sucesso.

Todas as situações que serão abordadas aconteceram no serviço público de saúde do município de Piracicaba, interior de São Paulo. A cidade conta com, aproximadamente, 365 mil habitantes e sua rede de Atenção Básica à saúde é composta por 45 Unidades de Saúde da Família, 16 Unidades Básicas de Saúde e 06 NASF, além de outros serviços.

Experiência 1 – Grupo de alfabetização na Unidade de Saúde da Família

A Unidade de Saúde da Família (USF) Monte Alegre situa-se num bairro considerado histórico devido às suas origens, contando com alta porcentagem de idosos, os quais nasceram e permaneceram no local, onde a maior parte trabalhou na lavoura em usina de cana-de-açúcar. Nesse contexto, uma parcela expressiva desses idosos é analfabeta, uma vez que os mesmos trabalhavam durante a infância para complementar a renda familiar, não tendo condições de frequentar a escola. Dentre esses indivíduos, algumas senhoras participavam do grupo de Liang Gong (ginástica chinesa) da USF. Após a realização de cada sessão, a equipe solicitava a todos os participantes que assinassem o livro de presença. Por meio dessa prática rotineira, a equipe observou algumas pessoas não sabiam sequer escrever o próprio nome e demonstravam sentimento de inferioridade perante o grupo. Assim, os profissionais, juntamente com o grupo, constataram a necessidade de uma intervenção da equipe. Assim, a equipe entrou em contato com a Secretaria Municipal de Educação, solicitando materiais educativos para o início do grupo de alfabetização, já firmado com a população alvo. Os encontros foram iniciados pela enfermeira da equipe, auxiliada por uma agente comunitária de saúde (ACS). Atualmente, o grupo mantém cinco mulheres, as quais já dominam a leitura e escrita básica. O relato das mesmas durante os encontros evidenciou a melhora da autoestima, além de maior autonomia e participação nas atividades da comunidade.

Experiência 2 – Educação em diabetes

Durante a realização do grupo de hipertensos e diabéticos realizado pelo PSF Parque São Jorge, o tema “aplicação de insulina” foi conduzido por três farmacêuticas convidadas pela equipe. Assim, no decorrer do encontro, várias questões foram levantadas pelos diabéticos, e notou-se a necessidade de abordar a importância do uso correto da insulina e suas possíveis implicações no controle da glicemia. Ao dialogar sobre o assunto, muitos se manifestaram e fizeram colocações sobre suas práticas diárias de aplicação. Entre os participantes, destacou-se uma idosa, a qual mostrou o braço repleto de hematomas e lipodistrofia, além da queixa de dor, decorrentes da aplicação da insulina. A mesma referiu que não conseguia controlar a glicemia, apesar de seguir corretamente o tratamento. Foi possível, também, notar que a dose de insulina aspirada pela paciente não correspondia à dose prescrita, pois a mesma não entendia como medir o volume na seringa. Assim, a reunião foi conduzida a partir dessa problemática levantada. Após as orientações, realizou-se uma oficina com a apresentação de vídeos sobre aplicação de insulina, fotos, demonstração em bonecos e manuseio, individual e em grupo, de seringas, insulinas e agulhas. Além disso, foram abordados também os “mitos” sobre a insulina, desmistificando seu uso, mas sem desconsiderar os saberes populares.

Experiência 3 – Atividades contra a dengue

As intervenções relacionadas à informação e à conscientização sobre o problema da dengue nos bairros Jardim Vitória e Santo Antônio foram planejadas e realizadas pela Equipe de Saúde da Família do Jardim Vitória no ano de 2011, após avaliação do Índice de Breteau. O índice mostrou que, mesmo após todas as intervenções realizadas em 2010, ainda havia riscos importantes relacionados à incidência da doença para a comunidade. Vale lembrar que este índice é referente não somente à área de abrangência desta USF, onde as atividades foram realizadas, mas também a regiões adjacentes, onde outras USF atuam. A parceria com a Escola André Franco Montoro foi de grande importância, devido à possibilidade de atuação do PSF em outro espaço, dentro da própria comunidade, que não somente a Unidade de Saúde, levando conhecimento e consciência em saúde e, assim, colaborando para a promoção de saúde na comunidade. Foram realizadas orientações em todas as salas de aula da escola, pelos agentes de saúde que forneceram informações para as crianças sobre a Dengue. Estes agentes de saúde explicaram e demonstraram o que eram os criadouros da dengue e quais as ações necessárias para eliminá-los, quais eram os sinais e os sintomas da dengue e como identificá-los, como agir em caso de suspeita de dengue e a importância da atuação de cada aluno, em suas próprias residências, como um “agente de saúde mirim”. Esta atuação consistia em identificar e eliminar possíveis focos da doença, além de conscientizar suas famílias também. Para isso, foi proposta a elaboração de um questionário relacionado a estas informações composto de questões para avaliação da residência, principalmente o quintal, levantamento de criadouros, ações relacionadas à intervenção contra a doença e outras que, quando aplicado pelos alunos em suas casas ou na comunidade o tornariam agentes ativos no combate à dengue. Além disso, foi realizado um teatro intitulado “Dengue no país da fantasia”, apresentado pelos funcionários do PSF em dois períodos: manhã e tarde. Houve grande participação dos alunos, que interagiram com os personagens e mostraram-se atentos aos perigos da doença e às intervenções frente aos criadouros. Após toda esta sensibilização, foi distribuído o questionário para todas as crianças e foi apresentada a todas as salas a proposta do concurso de paródias sobre a dengue, do qual todos participariam e, ao final de todas as atividades programadas, houve um evento de premiação da melhor paródia apresentada. O questionário foi recolhido após uma semana de entrega, os dados foram contabilizados pela unidade e foi realizada uma apresentação para os pais das crianças envolvidas nas atividades em reunião de pais na escola.

8. Considerações finais

A educação em saúde é permeada por várias concepções que se enfrentam, ainda hoje, nas práticas dos diversos trabalhadores da saúde que realizam o SUS. Em certa medida, cumpre reforçar que não são somente perspectivas ou correntes educacionais ou sanitárias que se defrontam, mas formas de conceber os homens, a relação entre estes, as formas de organizar a sociedade e partilhar os bens por ela produzidos.

É necessário que a prática da educação em saúde avance, tanto quanto sua teoria, na busca por um modelo organizado e sistemático, o qual vise a participação ativa da comunidade em um processo crítico e reflexivo que garanta a autonomia dos sujeitos e a promoção da saúde.

9. Referências

- Alves PC, Rabelo MC. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: Alves PC, Rabelo MC, organizadores. *Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1998. p. 107-21.
- Bastable S. O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- Bloom BS. Taxonomía de los objetivos de la educación la clasificación de las metas educativas. Alcoy: Marfil; 1979.
- Bordenave JED. Alguns fatores pedagógicos [Apostila]. In: *Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor – área da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 1994. p. 19-26.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *CADERNOS da atenção básica – programa saúde da família: educação permanente*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. 44p.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2004; 141(32). Seção 1.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base – documento I*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a. 160p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresina D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p.15-38.
- Ceccim RBC, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004; 14(1): 41-65.
- Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1ª. Carta de Ottawa para promoção da saúde; 1986 nov 21; Ottawa, Canadá [acesso 2015 jul 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Conversani DTN. Uma reflexão crítica sobre a educação em saúde. *BIS Bol Inst Saúde*. 2004; (34): 4-5.

- Costa SMF. O trabalho com grupos no Programa Saúde da Família na percepção dos pacientes participantes: criando redes de ajuda e construindo cidadania [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina; 2009.
- Cunha RCOB, Pezzato ML. Práticas educativas e produção de sentido. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL, organizadores. Educação e promoção da saúde: teoria e prática. São Paulo: Santos; 2012. cap.12, p. 265-86.
- Endelman C, Mandle CL, editors. Health promotion – throughout the lifespan. 5. ed. Saint Louis: Mosby; 2002.
- Gazzinelli MF. Processo saúde-doença: a leitura de Gadamer. In: Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC, organizadores. Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: UFMG; 2006: p.35-41.
- Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. Cad Saúde Pública. 2005; 21(1): 200-6.
- Gazzinelli MF, Penna C. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. In: Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC, organizadores. Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: UFMG; 2006. p.25-33.
- Lopes SRS, Piovesan ETA, Melo LO, Pereira MF. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. Com Ciên Saúde. 2007; 18(2): 147-55.
- Machado AGM, Wanderley LCS. Educação em saúde [acesso 2015 set 15]. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf.
- Mello RM. Projeto de aprendizagem: a construção de conhecimentos pelas tecnologias da informação e comunicação [trabalho de conclusão de curso – especialização]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
- Mialhe FL, Guerra LM. Avaliação das práticas de educação em saúde entre acadêmicos de odontologia e profissionais de serviços públicos. In: Pinto T, Groisman S, Moysés SJ, organizadores. PRO-ODONTO prevenção: programa de atualização em odontologia preventiva e saúde coletiva: ciclo 8. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2015. p.55-126.
- Miranda GR, Oliveira GGL, Gonçalves MC. Educação permanente em saúde: dispositivo para a qualificação da Estratégia Saúde da Família [trabalho de conclusão de curso – especialização]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2008.
- Montenegro LC. A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. 98p.
- Morosini MV, Fonseca AF, Pereira IB. Educação em saúde. In: Lima JCF, Pereira IB, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p.155-62.
- Nora CRD, Mânica F, Germani ARM. Sala de espera uma ferramenta para efetivar a educação em saúde. Rev Saúde Pesq. 2009; 2(3): 397-402.
- Oliveira LMP, Leite MTM. Concepções pedagógicas: módulo pedagógico. São Paulo: UNIFESP; 2011 [acesso 2015 set 15]. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_pedagogico/Unidade_1.pdf
- Oliveira RM. A produção do conhecimento em escala local: repensando a relação entre a investigação científica e a experiência dos grupos populares [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
- Pelicioni MCF. Promoção da saúde e meio ambiente: uma trajetória técnico política. In: Philippi Jr A, Pelicioni MCF, editores. Educação ambiental e sustentabilidade. São Paulo: Manole; 2005. p.413-20.
- Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. Mundo Saúde. 2007; 31(3): 320-8.
- Pelicioni MCF, Pelicioni AF, Toledo RF. A educação e a comunicação para a promoção da saúde. In: Rocha AA, Cesar CLG, editores. Saúde pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu; 2008. p.165-78.
- Perrenoud P. Dez Competências para Ensinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

- Rocha DG. Análise do comportamento educativo nos programas preventivos em saúde bucal no Brasil, 1980-1994 [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
- Saupe R, Budó MLD. Pedagogia interdisciplinar: Educare (Educação e Cuidado) como objeto fronteiro em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(2): 326-33.
- Saupe R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface Comun Saúde Educ.* 2005; 9(18): 521-36.
- Silva CMC, Mialhe FL, Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação em saúde e suas práticas ao longo da história brasileira. In: Pelicioni MCF, Mialhe FL, organizadores. *Educação e promoção da saúde: teoria e prática.* São Paulo: Santos; 2012. cap.1, p.3-22.
- Siqueira HSG, Pereira MA. A interdisciplinaridade como superação da fragmentação [acesso 2015 set 19]. Disponível em: <http://www.angelfire.com/sk/holgonsi/interdiscip3.html>
- Teixeira L. Pedagogos capacidade de plantar sementes que um dia irão florescer. Publicado em 2013 maio 20 [acesso 2015 set 15]. Disponível em: <http://180graus.com/sao-felix-do-piaui/pedagogos-capacidade-de-plantar-sementes-que-um-dia-irao-florescer>
- Vasconcelos EM. Educação popular e atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.
- Vasconcelos EM. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: Vasconcelos EM, organizador. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular nos serviços de saúde.* São Paulo: Hucitec; 2001. p.73-100.
- Vasconcelos M, Grillo MJC, Soares SM. Práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. *Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.* Belo Horizonte: UFMG; 2009. 73p.

CAPÍTULO 14 – O PROCESSO DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Eduardo Tanajura de Faria

Cirurgião-dentista, Especialista em Gestão em Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ e pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Especialista em Saúde da Família – UNIFESP, Mestrando MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP

Rafaela Mossarelli Penedo

Enfermeira da Estratégia Saúde da Família – Piracicaba/SP, Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – UFSCar, Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP

Antonio Carlos Pereira

Mestre e Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP; Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos

Nesse capítulo o leitor irá se aproximar e adentrar na avaliação em saúde no que se refere aos conceitos, objetivos e abordagens existentes, perpassando pelo contexto histórico junto à construção e desenvolvimento do sistema público de saúde brasileiro, avaliação econômica em saúde além dos instrumentos mais recentes de avaliação em nível de atenção básica que compõem o processo de institucionalização da avaliação junto aos serviços de saúde. Por se tratar de um tema repleto de complexidades, fragilidades e grandes desafios junto ao SUS, cabe ao leitor a necessidade de aprofundamento, buscas e construções a partir das reflexões propostas no capítulo. Para tanto são sugeridas algumas leituras e atividades abaixo.

- Conteúdo programático:
- Considerações iniciais
- Qualidade nos serviços de saúde
- Avaliação em saúde: conceitos, objetivos e abordagens
- Principais atributos da avaliação em saúde
- Avaliação econômica em saúde
- Avaliação na Atenção Básica em Saúde
- Avanços e desafios atuais na avaliação em saúde

Leitura Obrigatória:

- 1 – Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.
- 2 – Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p.1-13.
- 3 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Leitura Complementar:

- 1 – Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
- 2 – Moyses SJ, Goes PSA. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012.

Atividade Recomendada:

- 1 – Responda junto com sua equipe de trabalho o instrumento de auto-avaliação para melhoria da qualidade (AMAQ-AB ou AMAQ-CEO ou AMAQ-NASF);
- 2 – Priorize junto com sua equipe três padrões de qualidade do instrumento que necessitem de intervenção para melhoria;
- 3 – Construa uma matriz de intervenção com programação de atividades a serem executadas para melhoria de cada padrão de qualidade priorizado para intervenção.

1. Considerações Iniciais

A avaliação é tão antiga quanto nossa existência. Consiste em podermos julgar e analisar o mundo ao redor e as ações humanas. Quando avaliamos algo, o fazemos a partir da necessidade de conhecermos, julgarmos ou conceituarmos aquilo que queremos avaliar; significa julgarmos através de pressupostos se algo é bom, ruim ou mediano.

A prática de avaliar está tão presente no nosso cotidiano, que nem mesmo percebemos quantas vezes avaliamos o que está ao nosso redor. E não falamos apenas de avaliações formais acadêmicas, mas daquelas mais comuns, como por exemplo, julgar se um restaurante é melhor que outro, se esta peça de roupa tem um tecido de melhor qualidade do que aquela, se o calçado a ser comprado é mais confortável que o outro. Quando compramos um carro, quem não faz um test-drive para avaliar a sua qualidade, economia e conforto? E quando temos que escolher que lugar é o melhor para irmos nas férias? Temos então, que todas essas comparações para tomadas de decisões são baseadas em simples avaliações.

No latim avaliar significa medir; em grego, significa atribuir juízo de valor. No senso comum, seus sinônimos são medir, analisar, julgar, estimar, atribuir valor a objetos, pessoas, situações ou algo presente nas atividades cotidianas do ser humano. Portanto, a avaliação é a emissão de valor ou mérito, a partir de um julgamento sobre o objeto avaliado.

A avaliação não é tida como ciência e sim como um método que inclui múltiplos conceitos e conhecimentos de várias áreas, a fim de que se possa produzir visões diferenciadas e participativas sobre aquilo que se quer avaliar. Considerada um método técnico e administrativo, a avaliação envolve tomada de decisões, embasadas em fatores de avaliação estabelecidos previamente (Tanaka e Melo, 2001; Contandriopoulos et al., 2002; Minayo et al., 2005).

Todo o processo de trabalho que envolve a produção de um bem, de forma a atingir metas e resultados é de tamanha complexidade. De nada vale atingir resultados esperados, sem que se possa avaliar se os objetivos foram atingidos, se os trabalhadores envolvidos estão satisfeitos, se o produto final agrada os consumidores. E quando o bem produzido é saúde, a complexidade é ainda maior, pois a “matéria prima” são pessoas em situação de fragilidade pela doença e a força de trabalho também são pessoas, os trabalhadores, também expostos a outras fragilidades.

A avaliação, no âmbito da saúde, tem sido uma ferramenta de gestão a ganhar atenção especial, em detrimento da rigidez das sanções, gestores despreparados ou descomprometidos, falta de planejamento e da necessidade de mensurar a qualidade dos programas e serviços. Podemos perceber a necessidade da profissionalização, da especialização e de políticas públicas que proporcionem a evolução de metodologias adequadas e que possam garantir a participação de todos os atores envolvidos na prestação dos serviços: gestores, trabalhadores e usuários.

Neste capítulo, abordaremos o assunto avaliação em saúde com detalhes, cabendo ao leitor, a necessidade de reflexões, buscas e construções, por ser um tema de complexidades, fragilidades e desafios no SUS.

2. Qualidade nos serviços de saúde

Donabedian (1988) foi o pioneiro em propor um modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde na década de 60 e até hoje influencia os processos de avaliação, baseando-se na tríade: estrutura – processos – resultados.

Historicamente, observamos que na saúde pública, a avaliação tem a perspectiva de comparar um padrão ideal com a realidade e, assim, obter julgamento sobre a qualidade e eficácia dos serviços. A maioria dos processos avaliativos submete o serviço à atividades desenvolvidas e os atores a métodos e técnicas com foco quantitativo, para que se possa fazer um diagnóstico daquilo que se quer avaliar, a partir de resultados e planejar ações futuras. Hoje, a literatura mostra que apesar de o foco quantitativo das avaliações em saúde constituir um modelo predominante, unidirecional, de gestores e pensadores para os serviços, temos a validação de modelos de avaliação que considera a esfera qualitativa, aquela que guarda em si as subjetividades daquilo que não se pode mensurar; aquela que permite a participação dos atores do serviço avaliando sua própria prática ou dos usuários/consumidores do serviço, consolidando modelos de avaliação mais horizontalizados (Cohen e Franco, 2008; Pinto e Gerhardt, 2013).

A inserção de processos avaliativos nos serviços de saúde brasileiros já é apontada como uma ferramenta de gestão fundamental, no sentido de qualificá-los e propiciar tomadas de decisões para a melhoria das intervenções de saúde. Portanto, observamos falta de investimento, deficiência na formação técnica, política e humana dos profissionais e gestores que atuam nos serviços, falta de parcerias intersetoriais que possam pensar na saúde como um direito, bem como falta de participação dos usuários (Chaves e Tanaka, 2012).

3. Avaliação em saúde: conceitos, objetivos e abordagens

Práticas avaliativas são consideradas uma importante ferramenta de gestão no SUS e elas devem ser incorporadas entre gestores, usuários, trabalhadores, comissões de saúde, sociedade civil. Assim, pode-se ter a visão multifacetada, incluindo todos os atores envolvidos na avaliação. De forma integrada e conjunta, pode-se construir e produzir significados entre todos os atores avaliados e conduzir as tomadas de decisões como um compromisso para a obtenção de melhorias das intervenções de saúde, serviços e saúde dos usuários, abrangendo um contexto social, profissional, econômico e político na saúde (Cohen e Franco, 2008; Chaves e Tanaka, 2012; Pinto e Gerhardt, 2013).

Uma revisão de literatura nos traz um contexto histórico dos processos de avaliação em saúde. Na década de 60, a avaliação em saúde iniciou um processo associado à gestão e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, que iniciou no setor privado e estendeu-se aos serviços públicos. A saúde, nesse período era vista como um produto de consumo e, por esse motivo, deveria ter uma certificação padronizada de qualidade (Lima e Silva, 2011).

Mais tarde, na década de 70, a avaliação dos serviços de saúde associou-se às tecnologias e à ciência e, nesse movimento, pretendia expandir a atenção à saúde com mais tecnologia e qualidade aos usuários (Lima e Silva, 2011).

Desde a década de 80 a avaliação tem sido uma das ferramentas mais valiosas de gestão da administração pública. No âmbito de uma cultura avaliativa, de julgamento e de conhecer de forma objetiva a realidade de um serviço, programa ou instituição de saúde, os processos de avaliação têm sido assumidos como o maior potencial de permitir diagnóstico e fomentar a proposição de melhores soluções para corrigir problemas na implementação das políticas, programas e processos/ações de trabalho cotidianos (Fonseca e Mendonça, 2014).

É neste período que a avaliação começa a ser realizada sob uma outra ótica, a ótica do usuário. Assim, gestores e pesquisadores começam a voltar os processos avaliativos de forma inversa: da satisfação do usuário, para o alcance das certificações de qualidade (Lima e Silva, 2011). E, de forma a incluir a preocupação

dos usuários com a qualidade da saúde oferecida, à medida que se estabelecia metas, critérios, métodos e indicadores de avaliação, os processos avaliativos geravam fragilidades, no sentido de levantar efeitos indesejados e desfavoráveis à objetividade daquilo que se queria levantar (Fonseca e Mendonça, 2014).

Na década de 90 é que os sujeitos avaliados, os trabalhadores e os consumidores dos bens produzidos, os usuários começaram a ser inseridos nos processos de avaliação, junto aos gestores e pesquisadores e, a partir de então, a avaliação em saúde tem sido apontada como uma tecnologia de gestão muito valorizada para quantificar e qualificar os resultados de saúde desejados (Fonseca e Mendonça, 2014).

Também neste período, a avaliação em saúde incorpora no seu contexto dados estatísticos, os indicadores de saúde, que de certa forma, conseguiam mostrar os resultados reais a partir da oferta dos serviços e permitir um planejamento das ações oferecidas, a fim de melhorar sua qualidade. Já nesse período, a importância da avaliação em saúde começou a ser validada através de políticas públicas (Lima e Silva, 2011).

Quadro 1 – Evolução das características associadas à Avaliação em Saúde no Brasil.

Anos 60	Anos 70	Anos 80	Anos 90	Século 21
Características: início no SETOR PRIVADO.	Características: Incorporação de novas TECNOLOGIAS EM SAÚDE e desenvolvimento da CIÊNCIA.	Características: Fortalecimento da avaliação em saúde no setor público.	Características: Avaliação de SERVIÇOS, TRABALHADORES, USUÁRIOS, PESQUISADORES E GESTORES EM SAÚDE, a partir de DADOS ESTATÍSTICOS.	Características: Avaliação a partir de INDICADORES DE SAÚDE.
Objetivo: avaliar com a ideia de promover MELHORIA DA QUALIDADE dos serviços de saúde.	Objetivo: necessidade de avaliar a atenção à saúde a partir das novas tecnologias.	Objetivo: permitir o diagnóstico dos serviços, programas, processos e ações em saúde, para a proposição de melhorias, a fim de satisfazer o USUÁRIO (consumidor dos bens produzidos em saúde).	Objetivo: qualificar os serviços de forma mais ampla.	Objetivo: fazer diagnósticos e PLANEJAR AÇÕES.
				Desafios/ Perspectivas: métodos de avaliação com enfoque QUANTITATIVO, QUALITATIVO e PARTICIPATIVO envolvendo todos os atores em saúde.

Fonte: Lima e Silva, 2011; Fonseca e Mendonça, 2014

É claro que dados são instrumentos importantes de avaliação em saúde e podem permitir o monitoramento dos serviços com foco na produtividade. Mas, em contrapartida, devemos considerar que quando a avaliação envolve educação em saúde, por exemplo, deve-se ampliar o olhar para os aspectos sociais, não necessariamente ligados à saúde (Walker e Jan, 2005; Fonseca et al., 2012).

Desta forma, iniciamos a discussão: não só o que é mensurável tem importância. Daí, a necessidade de discutirmos um enfoque qualitativo na avaliação em saúde.

Observamos no SUS predominância de modelos de avaliação normativos, que atribuem julgamento sobre a prestação de serviços à população, os recursos e atores envolvidos, os bens produzidos e os resultados obtidos. A avaliação normativa compõe-se da avaliação formativa e somativa. A formativa avalia as atividades desenvolvidas e os programas de saúde ao longo do seu processo; é avaliação contínua e dinâmica, que acompanha todo o desenvolvimento das ações de saúde. A somativa elabora julgamento ao final de todo o processo, quando se pode mensurar os resultados para a prestação de contas (Contandriopoulos et al., 2002).

Além da avaliação normativa, a literatura mostra outros métodos de avaliação utilizados nas instituições brasileiras, os quais utilizados em caráter complementar à avaliação normativa ou de forma isolada enriquecem a avaliação institucional. Temos: a avaliação pontual, específica em avaliar um fator desejado, em um período de tempo determinado. O monitoramento, que permite uma avaliação contínua acerca de um processo em avaliação. A avaliação cotidiana, geralmente utilizada através de uma pesquisa informal sobre a opinião de usuários ou trabalhadores sobre o serviço prestado. No âmbito acadêmico, para validar um processo de avaliação, podemos encontrar as investigações avaliativas, pesquisas científicas que buscam avaliar políticas, serviços e programas de saúde (Silva, 2005).

No campo do conhecimento, está vinculada ao monitoramento de metas e resultados, um enfoque quantitativo. Esse é o prioritário da maioria dos processos de avaliação inseridos no cotidiano do trabalho em saúde, que bonifica o profissional através de seu desempenho. Podemos observar também outras formas de avaliação já delineadas na literatura, que proporcionam maior participação dos trabalhadores sobre o seu próprio processo de avaliação e incluem um enfoque mais qualitativo e subjetivo (Fonseca e Mendonça, 2014).

Assim, observamos ainda que, de modo incipiente, a avaliação no seu aspecto qualitativo, não mensurável, está inserida no contexto dos serviços de saúde.

Recentemente, percebemos que a avaliação em saúde acompanhou a consolidação de políticas de participação social; iniciou um modelo mais participativo, que além de gestores, gerentes e pesquisadores, também valorizam a inclusão de trabalhadores e usuários do sistema de saúde.

Alguns autores nomeiam este modelo como avaliação participativa emancipadora, um modelo que busca promover um envolvimento dos atores avaliados no processo de avaliação, já que acredita-se que eles podem estar empoderados e capacitados a intervir no seu cotidiano, influenciando e sendo influenciados por ele. Essa dinâmica dialética nos remete a um processo construtivista, já fundamentado por Paulo Freire (Furtado e Campos, 2008).

De fato, podemos perceber que a participação do avaliado no seu processo de avaliação vem sendo a cada dia mais discutida no contexto dos serviços de saúde. A avaliação participativa, horizontalizada, influencia nos processos de trabalho por permitir reflexões acerca dos modos de agir e das ações dos trabalhadores. Refletindo, podem avaliar a própria prática e transformar o fazer por aquilo que identificam como necessidade de melhoria, excluindo do gestor a responsabilidade unidirecional do “faça-se”, “cumpra-se”. Esse modelo defende que os atores sociais têm potencial de intervenção, cada qual com sua

prática e seu julgamento e que este potencial não é detido apenas pelo avaliador, mas também pelo avaliado, que consegue enxergar o seu potencial de mudança e aprimorar o trabalho com maior comprometimento (Tanaka, 2006; Fonseca et al., 2012).

Quadro 2 – Modelos avaliativos em saúde no Brasil

Modelos de avaliação	Características
AVALIAÇÃO NORMATIVA (FORMATIVA + SOMATIVA)	Atribui julgamento sobre: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS à população, RECURSOS EM SAÚDE, ATORES ENVOLVIDOS na prestação dos serviços, BENS PRODUZIDOS, RESULTADOS.
AVALIAÇÃO NORMATIVA FORMATIVA	Avaliação de ATIVIDADES envolvidas e PROGRAMAS DE SAÚDE.
AVALIAÇÃO NORMATIVA SOMATIVA	Avaliação do RESULTADO FINAL (mensuração de resultados)
AVALIAÇÃO PONTUAL	Avaliação de apenas um fator envolvido no processo, em um determinado período. Ex: Avaliação do hospital X ou da Unidade de Saúde da Família do território Y, durante a gestão do prefeito Z.
MONITORAMENTO	Avaliação contínua de processos, programas, políticas ou serviços de saúde. Ex: Avaliação dos serviços de saúde do município Z, nos diferentes níveis de atenção.
AVALIAÇÃO COTIDIANA	Pesquisa informal sobre um serviço de saúde. Ex: Pesquisa de satisfação dos usuários sobre a assistência pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde do município; Pesquisa sobre a opinião dos trabalhadores das Unidades de Pronto Atendimento sobre o seu processo de trabalho.
INVESTIGAÇÕES AVALIATIVAS	Pesquisas Científicas para a avaliação de programas, políticas ou serviços de saúde.
AVALIAÇÕES QUALITATIVAS	Avaliações não mensuráveis em números; permitem avaliar pessoas, através de escuta e PARTICIPAÇÃO dos diferentes atores envolvidos nos processos avaliativos. Ex: Ouvidorias (usuários); Avaliação de Desempenho (trabalhadores em saúde).

Um estudo realizado sobre a investigação dos processos avaliativos dos trabalhadores de um órgão público evidencia a importância da avaliação de desempenho do servidor nas instituições públicas. Ressalta que a avaliação de desempenho, de forma geral, é tida como um agente propulsor da força de tra-

balho e estabelece um “contrato” com os servidores, para que se cumpram as metas preestabelecidas, a fim de atingir os resultados esperados. Desta maneira, motiva o trabalhador a cumprir suas tarefas pois o resultado final acarretará em bonificações financeiras, de promoção no trabalho, de destaque e maior responsabilização de cada servidor com as suas tarefas. Mas para que esse processo aconteça é necessário uma série de normatizações, sistematizações do processo de avaliação e definição prévia da missão, visão e metas a serem atingidas, ou seja, a postura que se espera do servidor, que é a força de trabalho da instituição, de forma que este entenda que é parte de todo o processo (Santos e Vieira, 2015).



Figura 1- Processo de avaliação de desempenho

Fonte: Contandriopoulos et al, 1997; Santos e Vieira, 2015; Fonseca e Mendonça, 2014.

Por outro lado, a avaliação de desempenho pode acarretar em descontentamentos, atritos, frustrações e insatisfações dos trabalhadores, devido a alguns fatores negativos, tais como: – comparações entre funcionários, podendo destacar os bons e depreciar os “ruins”; – supervalorização da avaliação, acreditando que um instrumento de avaliação pode corrigir “defeitos” nas pessoas; – valorização de aspectos interessantes apenas na visão do avaliador; – destacar apenas os pontos fracos do servidor, quando este tem também pontos fortes, dentre outros. Portanto, deve-se se dar importância a autoavaliação nos processos avaliativos, como uma maneira de permitir que o próprio trabalhador reflita acerca de suas ações no trabalho e possa identificar suas qualidades e aspectos que necessitam ser melhorados. Desta forma, pode-se permitir que a avaliação não seja unidirecional, do gestor para o trabalhador e que o avaliado passe de uma condição passiva para agente da sua avaliação e que este processo permita uma satisfação maior do mesmo para com a avaliação de desempenho (Santos e Vieira, 2015).

4. Principais atributos da avaliação em saúde

Os atributos relacionados à qualidade na avaliação em saúde, referem-se às características das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde como a cobertura, acessibilidade, a equidade, a eficácia, a efetividade, o impacto das ações, a eficiência, a qualidade técnico-científica, a satisfação dos usuários e a aceitabilidade. Esses atributos podem ser agrupados conforme sua relação com: a disponibilidade e distribuição social dos recursos; o efeito das ações e práticas de saúde; os custos das ações; a adequação das ações com o conhecimento técnico e científico existente.

- a disponibilidade e distribuição social dos recursos: cobertura e acessibilidade;
- o efeito das ações e práticas de saúde: eficácia, efetividade e impacto das ações;
- os custos das ações: eficiência;

- percepção das ações com o conhecimento técnico e científico existente: qualidade técnico-científica;
- percepção dos usuários sobre as práticas: satisfação dos usuários e aceitabilidade (Silva e Formigli, 1994).

O entendimento desses atributos é bastante variável, sendo a qualidade, com frequência, aspecto central a ser considerado para a avaliação em saúde, entretanto a sua abrangência impõe a necessidade de uma composição a partir de demais características do objeto avaliado, como efetividade, eficiência, adequação e qualidade técnico-científica.

As definições para os principais atributos da qualidade são:

- Eficácia: é a capacidade de produzir o efeito esperado quando o serviço é colocado em condições ideais de uso;
- Efetividade: é a capacidade de produzir o efeito esperado quando em uso frequente. É a relação entre o impacto real e o potencial
- Eficiência: é a relação entre o impacto real e o custo das ações. Se justifica o funcionamento do serviço de saúde frente aos recursos empregados?;
- Equidade: é a distribuição dos serviços conforme as necessidades. Tratar desigualmente os desiguais e priorizar os grupos sociais que mais apresentam necessidades de saúde;
- Acesso: é a não existência de obstáculos para o uso dos serviços de saúde. É a relação entre os recursos de poder da população usuária e os obstáculos criados ou existentes nos serviços de saúde;
- Cobertura ou adequação: existência de número suficiente e adequado de serviços de saúde frente à demanda. Quantifica a proporção da população que se beneficia com o serviço de saúde;
- Aceitabilidade: os serviços de saúde estão adequados às normas culturais e sociais além das expectativas dos usuários;
- Qualidade técnico-científica: aplicação das ações em conformidade com os conhecimentos e a tecnologia disponível;
- Satisfação dos usuários: grau de satisfação por parte da comunidade como um todo em reação aos serviços ofertados (Donabedian, 1990; Vuori, 1982).

A satisfação dos usuários, a eficiência, o impacto das ações, a qualidade técnico-científica e a efetividade se enquadram como atributos do cuidado em saúde, já o acesso, cobertura e a equidade se referem ao sistema de saúde (Lane e Kelman, 1975).

Curiosidade:

Assista aos vídeos:

<https://www.youtube.com/playlist?list=PL4BE4C1F7A390E695>

O cuidado em saúde, bem como a qualidade dos serviços têm interpretações subjetivas. Assim, a avaliação pode variar de acordo com o avaliador, que pode estar baseando-se em princípios científicos, expectativas individuais e valores sociais.

Neste sentido, a qualidade não pode ser avaliada apenas em termos técnicos, se faz necessário reconhecer as questões individuais e sociais envolvidas no processo do cuidado em saúde buscando equacioná-las na garantia da equidade.

Desta forma tais atributos devem então ser selecionados e especificados em cada contexto, dependendo do objeto a ser avaliado.

Quadro 3 – Atributos da qualidade em saúde

Atributos da qualidade em saúde	Conceito/Definição	Exemplo
Eficácia	capacidade de produzir o efeito esperado quando o serviço é colocado em condições ideais de uso.	O Programa Nacional de DST/AIDS é eficaz na prevenção de DST através da disponibilização gratuita do preservativo masculino.
Efetividade	capacidade de produzir o efeito esperado quando em uso frequente, é a relação entre o impacto real e o potencial.	O Programa Nacional de DST/AIDS não é efetivo na prevenção de DST/AIDS pois mesmo com a disponibilização do preservativo masculino diversos casos são diagnosticados na rede de saúde.
Eficiência	relação entre o impacto real e o custo das ações. Se justifica o funcionamento do serviço de saúde frente aos recursos empregados.	O Programa Nacional de DST/AIDS é eficiente na prevenção de DST/AIDS pois disponibiliza gratuitamente o método mais barato e mais eficaz de prevenção - o preservativo masculino.
Equidade	distribuição dos serviços conforme as necessidades.	O Programa Nacional de DST/AIDS disponibiliza uma equipe específica através do Programa de Redução de Danos para orientar e disponibilizar preservativos diretamente aos profissionais do sexo (população de alta vulnerabilidade para as DST/AIDS).
Acesso	relação entre os recursos de poder da população usuária e os obstáculos criados ou existentes nos serviços de saúde.	O programa Nacional de DST/AIDS disponibiliza amplo acesso ao preservativo masculino à toda a população através de todos os serviços de saúde do SUS.
Cobertura ou adequação	existência de número suficiente e adequado de serviços de saúde frente à demanda.	O Programa Nacional de DST/AIDS atinge todos os estados, regiões e municípios brasileiros com maiores índices de DST/AIDS?
Aceitabilidade	os serviços de saúde estão adequados às normas culturais e sociais além das expectativas dos usuários.	O Programa Nacional de DST/AIDS considera as diferentes culturas e normas sociais para garantir o direito a prevenção e tratamento.
Qualidade técnico científica	aplicação das ações em conformidade com os conhecimentos e a tecnologia disponível.	No planejamento das ações do Programa Nacional de DST/AIDS são considerados todos os conhecimentos e tecnologias disponíveis em nível mundial.
Satisfação do usuário	grau de satisfação por parte da comunidade como um todo em relação aos serviços oferecidos.	Os estudos de avaliação de satisfação dos usuários com o Programa Nacional de DST/AIDS apontam alto nível de satisfação.

Fonte: Adaptado de Donabedian, 1990.

A seleção de um único atributo não é suficiente para toda a complexidade dos serviços de saúde. Para avaliá-los como boa ou má qualidade, é fundamental a escolha de diversos dos atributos. O serviço pode ser efetivo, mas não eficiente, assim caracterizando-o como inviável. Pode também um serviço ser eficiente, mas apresentar baixa aceitabilidade pela população, e assim por diante.

Assim, a valorização de relações mais equânimes entre profissionais e população podem legitimar o usuário e a importância da satisfação pela comunidade junto ao serviço de saúde.

5. Avaliação econômica em saúde

A economia da saúde procura alinhar os conhecimentos da medicina ao conceito de eficiência oriundo da economia e, mesmo como um ramo científico relativamente recente, se configura como relevante instrumento para que os gestores de políticas públicas de saúde possam tomar decisões com embasamento teórico.

Além da decisão, os gestores têm ainda responsabilidade sobre a sua implantação onde o objetivo da avaliação de tecnologias em saúde é estruturar e auxiliar decisões racionais na escolha de qual tecnologia disponibilizar no planejamento e alocação dos recursos financeiros.

O conceito da economia da saúde se consolida na “aplicação do conhecimento econômico ao campo das ciências da saúde, em particular como elemento contributivo à administração dos serviços da saúde” (Del Nero, 2002).

Ao se fazer as perguntas: “É possível diminuir o custo dos serviços sem alterar sua qualidade?” ou “Qual a melhor combinação de pessoal e tecnologia para produzir o melhor serviço?”, a avaliação econômica em saúde promove análise dos possíveis benefícios que a incorporação de tecnologias poderiam proporcionar, levando em conta o custo, a eficácia e a efetividade, o que sinaliza o complexo objeto de estudo da avaliação econômica em saúde (Del Nero, 2002; Tanaka e Tamaki, 2012).

Segundo Tanaka e Tamaki (2012), os princípios que devem ser respeitados na avaliação econômica em saúde são: utilidade, oportunidade, factibilidade, objetividade e direcionalidade.

Quadro 4 – Princípios da avaliação econômica em saúde

Princípios em avaliação econômica da saúde	Conceito/Definição
Utilidade	deve subsidiar decisões propondo respostas aos problemas.
Oportunidade	deve ser realizada antes do processo de tomada de decisão.
Factibilidade	tem que ser o mais confiável possível.
Objetividade	deve buscar o melhor conhecimento e maior aprofundamento no tempo existente e com os recursos disponíveis.
Direcionalidade	deve ter um caminho orientado e viável para conduzir as decisões do gestor.

Fonte: Tanaka e Tamaki, 2012

Com a grande expansão e rápida incorporação de novas tecnologias em saúde, estabelecer se o benefício promovido está em proporção razoável ao custo que se adiciona é um ponto fundamental para tomada de decisão, haja vista que os recursos desde os humanos, passando pelo tempo, físicos/estruturais até os financeiros no sistema de saúde são escassos e finitos. Assim é fundamental uma análise da eficiência sobre a tecnologia, intervenção ou política de saúde a ser implementada, o que engloba não apenas a efetividade mas também os recursos necessários para a sua efetivação.

Desta forma, o processo avaliativo da economia em saúde deve propor ações para resolver os problemas existentes auxiliando o gestor na tomada de decisões, mas deve conciliar os diversos interesses existentes, incluindo de forma mais ampla possível o maior número dos diferentes agentes envolvidos para se ter respostas efetivas.

Para a avaliação econômica ser completa deve cumprir dois requisitos: o primeiro em realizar comparação de duas ou mais possibilidades, como tratamentos alternativos para uma mesma doença, além do segundo requisito onde se faz avaliação concomitante de custos e resultados dos diferentes tratamentos possíveis para uma mesma doença. Assim, a relação entre os custos para cada intervenção e os benefícios proporcionados pelas mesmas deve oferecer uma razão que possibilita a definição das ações e prioridades (Drummond et al., 1997).

Existem quatro conceitos utilizados na avaliação econômica em saúde: a análise custo-benefício, a análise custo-efetividade, análise custo-minimização e a análise custo-utilidade.

- **Análise Custo-benefício:** é uma forma da avaliação econômica onde os resultados dos programas/tecnologias recebem um valor monetário e são expressos em uma unidade comum que é o dinheiro. Essa análise possibilita comparação dos resultados com os custos e define o valor líquido de um programa/tecnologia pela diferença entre ambas as magnitudes. Assim, se os benefícios superarem os custos, estará economicamente justificada a adoção do programa/tecnologia.

logia. Se o contrário ocorrer é mais viável a destinação alternativa dos recursos financeiros que seriam aplicados no referido programa/tecnologia (Puig-Junoy et al., 2001).

- **Análise Custo-efetividade:** é uma forma de avaliação econômica completa onde se analisam, além dos custos, as consequências de programas/tecnologias ou tratamentos. Para ser realizada é necessário se ter um objetivo bem delimitado para que se possa avaliar a efetividade e mesmo que se tenha vários objetivos, as possibilidades existentes de intervenção devem ser analisadas na mesma medida, para que assim possam ser adequadamente comparadas (Drummond et al., 1997). Na análise de custo-efetividade não é atribuído valor monetário aos resultados das tecnologias/programas em saúde. Os impactos são medidos pelo efeito natural mais apropriado podendo incluir número de doenças evitadas, internações que deixaram de ser necessárias, casos detectados, número de vidas salvas dentre outros. A unidade de medida escolhida deve ter relação de maior relevância para a análise. Como desvantagem dessa análise se destaca a tomada de decisão frente a unidades diferentes podendo ser muito difícil especialmente arbitrária, onde a valorização é subjetivamente realizada pelo gestor.
- **Análise Custo-minimização:** se trata da comparação de custos entre diferentes tecnologias ou alternativas de intervenção ou programas de saúde, para a escolha da que apresentar menor custo. É considerada um caso específico da análise custo-efetividade onde os benefícios das possibilidades existentes são essencialmente iguais. É muito difícil diferentes tecnologias/programas apresentarem efeitos exatamente iguais, mas ainda que se suponha iguais, existe uma aproximação dos benefícios. Portanto, se considerar provável o pressuposto de igualdade de benefícios, essa análise seria a técnica mais adequada a ser utilizada e a decisão atenderá estritamente diferenças de custos.
- **Análise Custo-utilidade:** essa análise é um tipo especial de custo-efetividade, onde a medida dos impactos de um programa/tecnologia ou intervenção considera a aferição da qualidade de vida relacionada com a saúde. São medidas desfecho como expectativa de vida, sobrevida, anos de vida salvos e de fácil interpretação. Pode ser considerada como uma evolução da Análise Custo-Efetividade pois agrega a qualidade de vida à quantidade de vida, que é uma variável fundamental considerando a mudança no perfil demográfico com consequente aumento de doenças relacionadas ao envelhecimento e crônicas.

Quadro 5 – Análises de custo em saúde

Análises de custo em saúde	Exemplo
Custo-benefício	Impacto do Programa de Atenção Básica em Saúde em Comunidades de Difícil Acesso 1- Quais os custos monetários da implantação do programa: Diretos (construção de unidades sanitárias, material de consumo, contratação de pessoal) e Indiretos (ex: construção de estradas vicinais, transporte de profissionais em saúde). 2- Quais os Benefícios monetários da implantação do programa? Diretos (eliminação de gastos com o tratamento de doenças evitáveis) e Indiretos (aumento da capacidade produtiva da comunidade decorrente da queda da taxa de mortalidade e morbidade da população).
Custo-efetividade	Quando se diz que a vacinação contra a gripe em idosos acima de 65 anos é custo-efetiva significa que a razão entre a diferença de custos ao vacinar e ao não vacinar, incluindo-se os custos oriundo de casos de gripe e pneumonia após gripe e a diferença de casos evitados de pneumonia ou morte devido pneumonia após gripe, naquele grupo etário, na presença/ausência da vacinação, corresponde a um valor relativamente baixo por morte evitada, decorrente da pneumonia após gripe naquela faixa etária. Mais de uma vacina pode ser avaliada, nesse caso, a alternativa que apresente a razão de diferenças custo-efetividade mais favorável (baixa) deve ser, em geral, a escolhida.
Custo-minimização	Medição dos custos do recebimento de um mesmo medicamento em diferentes locais (em casa ou no hospital). Medição dos custos de recebimento de um antibiótico intravenoso em determinado hospital e comparando com os custos de recebimento do mesmo antibiótico (nas mesmas doses, em casa, por meio de um serviço de assistência domiciliar à saúde).
Custo-utilidade	Uso de medicamentos quimioterápicos em certos tipos de neoplasia, onde por exemplo se tem duas estratégias A e B. Serão analisados os dados dos resultados, dados de utilidade e dados de custo de cada estratégia para se determinar a expectativa e qualidade de vida com uso de cada um deles.

Fonte: Adaptado de Drummond et al., 1997.

6. Avaliação na Atenção Básica em Saúde

Com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) a partir do imperativo ético-político dos princípios da atenção básica, consensualizados internacionalmente para organização dos sistemas universais de saúde, surgia uma nova estratégia e atividade assistencial integrada à rede de serviços que deveria funcionar como porta de entrada para o SUS (Henrique e Calvo, 2008). Desta forma, este programa assumiu caráter substitutivo do modelo tradicional de atenção e rapidamente se expandiu através de muitas equipes de saúde por todo Brasil atingindo mais de 96 milhões de pessoas em 15 anos de implantação, correspondendo a uma cobertura populacional de 50,7% (Brasil, 2015).

Vários avanços foram obtidos com o programa, dentre eles: maior acesso aos cuidados básicos de saúde (Paiva et al., 2006); redução da mortalidade infantil (Macinko et al., 2007; Guanais e Macinko, 2009; Lourenço et al., 2014), melhor controle de condições crônicas, doenças e agravos não transmissíveis (Araújo e Guimarães, 2007), e resultados positivos em internação hospitalar por condições sensíveis à atenção básica (Abreu et al., 2007; Guanais e Macinko, 2009).

Tal evolução redefiniu sua importância no processo de reorganização da atenção básica e trouxe o debate de questões relacionadas à qualificação e resolubilidade das equipes de saúde.

Desta forma, o Ministério da Saúde passou então a estimular atividades de monitoramento e avaliação assumindo a maior responsabilidade pelo processo de avaliação para estruturar uma política de avaliação da atenção básica com vistas à superação dos seus limites organizacionais e a institucionalização de processos avaliativos no sistema de saúde (Felisberto, 2006).

A institucionalização é uma estratégia para incorporar a avaliação no dia a dia de gestores e profissionais de saúde, partindo de uma visão abrangente dos processos avaliativos. Trata-se da compreensão que avaliação vai além da obrigação de prestar contas para instituições financiadoras ou da simples medição de resultados para satisfação de agentes responsáveis por programas e/ou políticas setoriais (Felisberto, 2006).

Nesse panorama, foi constituída, através da Portaria GM 676/13 do Ministério da Saúde, uma comissão na Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica para elaborar e propor estratégias para integração e unificação dos processos de controle, acompanhamento e avaliação com vistas a institucionalização da avaliação na atenção básica (Brasil, 2003).

Importante ressaltar, contudo, que é em nível local que as mudanças para a melhoria dos serviços e do sistema precisam ser realizadas com mais dinamicidade, o que justifica a implantação e consolidação de propostas avaliativas integradas aos serviços de saúde (Brasil, 2012).

Portanto, o Ministério da Saúde criou, no ano de 2005, a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) proporcionando aos gestores e profissionais ferramentas de avaliação e de gestão da qualidade da Saúde da Família (Silva e Caldeira, 2011).

A proposta da AMQ é realizar um diagnóstico participativo do funcionamento do serviço, envolvendo no processo os gestores, coordenadores, unidades de saúde e equipes. Através de instrumentos específicos propostos para esta avaliação, os atores podem avaliar o serviço de forma integrada e sistematizada, identificando os entraves que consideram problemas e pensando em planos de intervenções conjuntamente, para que se proponham as melhorias, definidas pelos próprios atores avaliados.

A AMQ tem por princípio que a gestão, a estrutura e os processos de implementação de ações, funcionamento de serviços e práticas podem ser melhorados para alcançar a qualidade desejada, considerando qualidade em saúde como o grau de atendimento a padrões de qualidade previamente estabelecidos segundo normas e protocolos, os conhecimentos técnicos e científicos atuais, além do respeito aos valores culturalmente aceitos (Brasil, 2008).

Um padrão de qualidade pode ser compreendido como um nível de referência de qualidade a ser atingido e assim demonstrar um grau de excelência. O padrão é a declaração da qualidade esperada. Para a criação dos padrões de qualidade o AMQ utilizou critérios e padrões pré-estabelecidos, com o intuito de impulsionar processos de melhoria da qualidade na saúde da família (Brasil, 2008).

O AMQ conta com cinco instrumentos de autoavaliação, direcionados a diferentes públicos, totalizando 300 padrões de qualidade divididos em duas unidades ou componente de análise distintas e integradas: Gestão e Equipe. Para cada uma dessas unidades, existem dimensões de análise que se subdividem em subdimensões de análise. Os padrões de qualidade são divididos em cinco questionários específicos para cada sujeito envolvido com a Saúde da Família, sendo um para o gestor municipal da saúde, outro para os coordenadores da Estratégia Saúde da Família, outro para os responsáveis pela gestão da unidade de saúde, outro para todos os profissionais da unidade de saúde e outro para todos os profissionais de nível superior da unidade de saúde.



Figura 2: Componentes de análise no AMQ.

Fonte: Brasil, 2005a.

Componentes ou Unidades de análise	Dimensão	Subdimensões
Gestão	Desenvolvimento da Estratégia SF	Implantação/ Implementação da SF no município Integração da Rede de Serviços Gestão do Trabalho Fortalecimento da Coordenação
	Coordenação Técnica das Equipes	Planejamento e Integração Acompanhamento das Equipes Gestão de Educação Permanente Gestão da Avaliação Normatização
	Unidade SF	Infra-estrutura e Equipamentos da USF Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos
Equipes	Consolidação do Modelo de Atenção	Organização do Trabalho em Saúde da Família Acolhimento, Humanização e Responsabilização Promoção da Saúde Participação Comunitária e Controle Social Vigilância à Saúde I: Ações Gerais da ESF
	Atenção à Saúde	Saúde de Crianças Saúde de Adolescentes Saúde de Mulheres e Homens Adultos Saúde de Idosos Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis Vigilância à Saúde III: Agravos com Prevalência Regionalizada Padrões: Loco-regionais

Figura 3: Dimensões e subdimensões para avaliação divididos em cada unidade/componente de análise.

Fonte: Brasil, 2005a.

No processo do AMQ é orientada a formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento da Saúde da Família, no qual se identifica estágios de desenvolvimento da qualidade (Estágio E = Qualidade Elementar, Estágio D = Qualidade em Desenvolvimento, Estágio C = Qualidade consolidada, Estágio B = Qualidade Boa e Estágio A = Qualidade Avançada), seus aspectos críticos, assim como das potencialidades e dos pontos já consolidados.



Figura 4: Estágios de Qualidade da Estratégia Saúde da Família.

Fonte: Brasil, 2005a.

A AMQ também traz aspectos positivos a serem discutidos na avaliação, no sentido de provocar reflexões dos avaliados sobre premissas da atenção primária, como atividades de prevenção e promoção, acesso, cuidado, acolhimento e classificação de risco, humanização, dentre outros. Desta maneira, refletem sobre o processo de trabalho, pensando em resultados produzidos à população, considerando o que se tem como base da atenção primária e assim, propõem melhorias que julgam necessárias para melhorar a qualidade da assistência prestada (Campos, 2005).

Outro aspecto positivo e inovador da AMQ, que representa uma evolução nos processos avaliativos em saúde, é a autoavaliação. Alguns autores consideram que este tipo de avaliação reforça a importância da participação do avaliado na sua avaliação e de seu trabalho e, desta maneira, permite que o mesmo sinta-se parte desse processo e esteja mais envolvido e comprometido com a necessidade de mudança e reorganização das práticas em saúde (Felisberto, 2006; Canesqui e Spinelli, 2008; Costa et al., 2008).

Apesar das importantes potencialidades da AMQ com a definição de padrões de qualidade a serem almejados e alcançados pelas equipes de saúde da família, não existia uma clara definição para a medição de escores ou estabelecimento de pontos de corte específicos que permitiam o ranqueamento das equipes em relação aos estágios de desenvolvimento definidos, fator que pode ter contribuído para a limitação da disseminação da AMQ e do uso desse instrumento em pesquisas avaliativas (Silva e Caldeira, 2011).

Mesmo com o desenvolvimento das estratégias de incentivo à melhoria da qualidade da atenção básica integrantes da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica, além de todos resultados relevantes nos indicadores de saúde, ainda persistem diversos problemas e desafios postos à atenção básica brasileira (Brasil, 2012).

Dentre diversos desafios destacam-se a incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade, sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade, pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), baixa integralidade e resolutividade das práticas, com a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento-médico-centra-

da, focada na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado e financiamento insuficiente e inadequado da AB, vinculado ao credenciamento de equipes, independentemente dos resultados e da melhoria da qualidade (Brasil, 2012).

Com vistas à superação desses desafios e na lógica de institucionalização da avaliação para melhoria da qualidade da atenção básica, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011. Este promove a execução da gestão pública baseada na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados.

O objetivo do PMAQ é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (Brasil, 2012)

Para tanto foi definido um padrão de qualidade que permite a comparação em nível nacional, regional e local assegurando a maior equidade possível na comparação entre as equipes, sendo que o processo de certificação é feito a partir de estratos de distribuição dos municípios, considerando aspectos sociais, econômicos e demográficos.

Um dos pressupostos do programa se trata do desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para mobilizá-los e provocar estratégias de educação permanente em saúde com vistas a sua qualificação contínua e, conseqüentemente, da atenção em saúde (Brasil, 2012).

Considerando também a grande diversidade e complexidade das situações encontradas na atenção básica, se faz necessária a construção de capacidades de análise e intervenção ampliadas para uma atenção resolutive.

O desenvolvimento do PMAQ está alicerçado e organizado em quatro dimensões, a saber: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio Institucional.

A auto-avaliação é o ponto de partida do programa, haja vista que os processos orientados para a melhoria da qualidade devem ter por início o reconhecimento, pelas próprias equipes de saúde, dos pontos positivos e problemáticos do seu trabalho, produzindo sentidos e significados carregados de potencialidade para o desenvolvimento de atividades de mudança e aprimoramento (Brasil, 2012).

Considerando esta premissa, o Ministério da Saúde criou no âmbito do PMAQ um instrumento de autoavaliação denominado AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica), o qual é constituído por padrões de qualidade esperados quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações da atenção básica, sendo ferramenta de grande potencial pedagógico de caráter reflexivo e problematizador que possibilita a construção de soluções a partir da identificação de problemas (Brasil, 2012).

O PMAQ-AB, apesar de ser um instrumento inovador de avaliação dos serviços da atenção primária à saúde, está pautado nas antigas premissas de avaliação, a tríade estrutura, processos e resultados. Mas se faz inovador por permitir avaliação, acompanhamento e monitoramento de forma cíclica, continuada, participativa e de autoavaliação dos processos implantados e resultados alcançados (Brasil, 2011; Pinto et al., 2014).

O processo de monitoramento do PMAQ para fins de classificação das equipes de atenção básica participantes se dá a partir da contratualização e acompanhamento de 24 indicadores de desempenho relacionados ao processo de avaliação externa e utilizados para fins de classificação das equipes de atenção básica, além de 23 indicadores de monitoramento acompanhados de forma regular em complementaridade as informações de oferta, ações e resultados alcançados pelas equipes mas sem influência para a classificação das equipes (Brasil, 2012).

São no total 47 indicadores relacionados a alguns dos focos estratégicos de ação da atenção básica e distribuídos conforme o quadro a seguir:

Quadro 6 – Número de indicadores por área estratégica no PMAQ.

Área Estratégica	Natureza do uso		Total
	Desempenho	Monitoramento	
1. Saúde da mulher	6	1	7
2. Saúde da criança	6	3	9
3. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica	4	2	6
4. Saúde bucal	4	3	7
5. Produção geral	4	8	12
6. Tuberculose e hanseníase	0	2	2
7. Saúde mental	0	4	4
Total	24	23	47

Fonte: Brasil, 2012.

Os resultados dos indicadores estão relacionados às informações geradas pelas equipes nos sistemas de informação da atenção básica SIAB e e-SUS AB.

No quadro 7 estão descritos os indicadores de monitoramento e desempenho para cada área estratégica da atenção básica.

Quadro 7 – Indicadores de monitoramento e desempenho para cada área estratégica da atenção básica

Área estratégica de atenção	Indicadores de desempenho	Indicadores de Monitoramento
SAÚDE DA MULHER	Proporção de gestantes cadastradas na equipe de atenção básica;	Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares;
	Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada;	
	Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre;	
	Proporção de gestantes com o pré-natal em dia;	
	Proporção de gestantes com vacina em dia;	

SAÚDE DA CRIANÇA	Razão entre exames citopatológicos do colo de útero na faixa etária de 15 anos ou mais;	Proporção de crianças com baixo peso ao nascer;
	Média de atendimentos de puericultura;	Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio;
	Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo;	Cobertura de crianças menores de cinco anos de idade no SISVAN;
	Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia;	
	Proporção de crianças menores de dois anos pesadas;	
	Média de consultas médicas para menores de um ano;	
	Média de consultas médicas para menores de cinco anos;	
HIPERTENSÃO (HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES)	Proporção de diabéticos cadastrados;	Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio;
	Proporção de hipertensos cadastrados;	Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio;
	Média de atendimentos por diabético;	
	Média de atendimentos por hipertenso;	
SAÚDE BUCAL	Média de ação coletiva escovação dental supervisionada;	Média de instalações de próteses dentárias;
	Cobertura da primeira consulta odontológica programática;	Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante;
	Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante;	Taxa de incidência de alterações da mucosa oral;
	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas;	

PRODUÇÃO GERAL	Média de consultas médicas por habitante;	Proporção de consultas médicas de urgência com observação;
	Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado;	Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência;
PRODUÇÃO GERAL	Proporção de consultas médicas de demanda agendada;	Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado;
	Proporção de consultas médicas de demanda imediata.	Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar;
		Média de exames solicitados por consulta médica básica;
		Média de atendimentos de enfermeiro;
		Média de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde (ACS) por família cadastrada;
		Proporção de acompanhamentos das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.
TUBERCULOSE E HANSENÍASE	Média de atendimentos de tuberculose;	
	Média de atendimentos de hanseníase;	

SAÚDE MENTAL		• Proporção de atendimentos em Saúde Mental, exceto usuários de álcool e drogas;
		• Proporção de atendimentos de usuário de álcool;
		• Proporção de atendimentos de usuário de drogas;
		• Taxa de prevalência de alcoolismo.

Fonte: Brasil, 2012.

Além dos indicadores contratualizados no processo de avaliação externa existe um roteiro de observação da unidade, além da verificação de documentos que comprovem as ações da equipe bem como a entrevista com profissional da equipe e usuários da unidade os quais são considerados para a classificação das equipes.

Nas figuras abaixo estão descritos os componentes e percentuais considerados para certificação das equipes de saúde no primeiro ciclo avaliativa e para aquelas que já participaram de mais de um ciclo avaliativa.



Figura 5: Componentes e percentuais considerados para certificação das equipes de saúde no no primeiro ciclo avaliativo do PMAQ.

Fonte: Brasil, 2015.



Figura 6: Componentes e percentuais considerados para certificação das equipes que já participam de um outros ciclos avaliativos do PMAQ.

Fonte: Brasil, 2015.

Com as avaliações já realizadas nos dois ciclos avaliativos pelo PMAQ, os resultados obtidos forneceram informações importantes sobre a situação da atenção básica do país e a partir desses resultados os gestores têm subsídio para tomar decisões de forma adequada para estruturar, fortalecer e qualificar a atenção básica, investindo em ações necessárias, o que a cada ciclo poderão ser diferentes frente aos resultados, assim possibilitando uma elevação constante da qualidade.

Segundo dados do Ministério da Saúde participam do PMAQ 30.522 equipes de atenção básica, 19.946 equipes de saúde bucal e 1.813 NASF ciclo de 5.072 municípios e, desde o primeiro ciclo, já foram identificados alguns avanços na qualidade da atenção básica como:

- 74,5% das unidades de saúde divulgam para os cidadãos as ações e ofertas de serviços das equipes;
- 96,9% das equipes avaliadas realizam a retirada de pontos;
- 90,9% realizam a coleta de exame citopatológico;
- 52,4% das equipes realizam drenagem de abscesso, 55,3% aplicação de penicilina G Benzatina, e 60,4% das equipes realizam lavagem de ouvido nas unidades;
- 90% das equipes ofertam consultas voltadas para o pré-natal, atendimento a crianças, e a agravos como hipertensão arterial e diabetes mellitus;
- Em relação à saúde bucal, mais de 80% das equipes de saúde bucal ofertam consultas para crianças de até 05 anos de idade e ofertam ações de prevenção e detecção de câncer de boca;
- 74,3% dos cidadãos entrevistados consideram as instalações das unidades boas;
- 82% consideram o cuidado recebido pela equipe como “bom” ou “muito bom” e não mudariam de unidade ou equipe, caso tivessem a oportunidade, e 86% recomendariam a unidade de saúde a um amigo ou familiar.

Mesmo com os resultados divulgados pelo Ministério da Saúde, ainda é cedo para afirmar que o PMAQ efetivamente está gerando melhoria na qualidade da atenção básica do país. Entretanto, com o processo de análise e reflexão dos padrões de qualidade pelas equipes com a construção de matrizes de intervenção na busca pela melhoria da qualidade onde se identifica fragilidade, por si só já se configura como um instrumento bastante potente para transformação de práticas.

O Ministério da Saúde, considerando que a saúde bucal é inseparável da saúde geral do indivíduo, ampliou o PMAQ para avaliação específica da qualidade das ações dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), o qual foi instituído por meio da Portaria GM nº 261, de 21/02/13, apresentando uma ferramenta de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de especialidades Odontológicas (AMAQ – CEO).

O PMAQ-CEO segue todos os princípios organizativos estabelecidos para o PMAQ-AB sendo sua adesão voluntária e com as mesmas etapas no que se refere à adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização.

Com a adesão o gestor passa a receber 20% do incentivo do PMAQ-CEO e os CEOs aderidos são monitorados por meio de indicadores de produção, de gestão, de processo de trabalho e satisfação do usuário, de acordo com o tipo de CEO (I, II ou III).

Após a Avaliação Externa, o CEO pode perder os 20% do incentivo do PMAQ-CEO, manter os 20%, ou ampliar para 60% ou para 100%.

A ferramenta AMAQ-CEO teve como base os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e foi criada com a revisão e adaptação da AMAQ-AB, bem como da Pesquisa de Linha de Base para Avaliação e Monitoramento dos CEO (Brasil, 2013).

O CEO é um serviço especializado de saúde bucal que oferece no mínimo: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor; endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais (Brasil, 2013).

O AMAQ-CEO está organizado em duas Unidades de Análise de avaliação: Gestão e Equipe, divididas em quatro Dimensões e treze Subdimensões com os padrões do que se é esperado em qualidade para o CEO.

Na figura 7 estão didaticamente descritas as fases do PMAQ-CEO segundo o Ministério da Saúde.



Figura 7- Estruturação do PMAQ – CEO.

Fonte: Brasil, 2013.

No quadro a seguir estão descritos os indicadores de desempenho e monitoramento que são utilizados para fins de repasse do percentual do incentivo PMAQ-CEO após a avaliação externa realizada pelo Ministério da Saúde.

Quadro 8 – Indicadores para análise do PMAQ – CEO.

Indicadores dos CEOs			
Indicadores	Natureza do Uso		Parâmetros Mínimos
	Desempenho	Monitoramento	
1. Procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais no mês	X		Tipo I: 80; Tipo II: 110; e Tipo III: 190
2. Procedimentos de periodontia no mês	X		Tipo I: 60; Tipo II: 90; e Tipo III: 150
3. Procedimentos de endodontia no mês	X		Tipo I: 35; Tipo II: 60; e Tipo III: 95
4. Procedimentos de cirurgia oral no mês	X		Tipo I: 80; Tipo II: 90; e Tipo III: 170
5. Procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes no mês	X		Tipo I: 7; Tipo II: 12; e Tipo III: 19
6. Procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais no mês	X		Tipo I: 40; Tipo II: 55; e Tipo III: 95
7. Proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos odontológicos individuais em pessoas com necessidades especiais		X	

Fonte: Brasil, 2013.

Curiosidade:

Assista ao vídeo:

<https://www.youtube.com/watch?v=RDdBeyWbGz5o>

7. Avanços e desafios atuais na avaliação em saúde

A saúde mental foi a pioneira em incluir os usuários nos processos de avaliação. Trazia a ideia inovadora de que a capacidade de o usuário avaliar o serviço oferecido agregava grande potencial de transformação aos métodos avaliativos. Essa participação e integração dos diversos atores nas avaliações em saúde tem sido a cada dia mais experimentada, valorizada e comprovada pela literatura, na qual se pode observar a interação entre pesquisadores, gestores, gerentes, trabalhadores, usuários e familiares, avaliando os serviços de saúde. Desta forma, uma verdadeira troca de experiências, conhecimento e vivências, com o exercício da autonomia, cidadania e participação social no SUS (Furtado e Campos, 2008).

Mais tarde, a Estratégia Saúde da Família vem reforçar a inclusão de diversos atores inseridos nos processos avaliativos, os gestores, coordenadores, trabalhadores em saúde e ainda prevê a participação da comunidade, para as transformações das práticas de saúde locais, reforçando as políticas de participação social (Costa et al., 2008).

A avaliação em saúde, embora seja preconizada e instituída em políticas públicas, representa uma dificuldade no cenário das instituições de saúde, sejam públicas ou privadas. De forma quantitativa ou qualitativa, sabemos a sua importância para que se tenha um panorama das condições de saúde da população, programas, indicadores de saúde e serviços, mas encontramos dificuldades e fatores limitantes para a sua execução, tais como: -falta de recursos humanos ou financeiros para avaliar resultados, já que esta prática exige pessoal calibrado e preparado, devido o rigor metodológico exigido; / - ameaças aos recursos humanos, já que muitas vezes, a avaliação pode elucidar a baixa qualidade do serviço; / - incapacidade de avaliar os resultados, já que muitas vezes os serviços ou programas não têm objetivos definidos; / - dificuldades de enfrentamento (de gestores), pois muitas vezes as avaliações comprometem ou

expõem a ineficácia dos serviços ou programas; / – dificuldades com fontes financiadores, por existirem interesses financeiros e políticos imbuídos no sistema, dentre outros (Castiel, 1986).

Em suma, no Brasil, ainda vivenciamos o contexto da avaliação em saúde como uma prática pouco institucionalizada e, quando presente, está incorporada em seu sentido burocrático, prescritivo e não sistematizado, que pouco contribui para a formação de profissionais e para os processos decisórios (Brasil, 2005b). Sua importância está fundamentada nas políticas de saúde vigentes, mais ainda não se constitui de uma ferramenta de gestão utilizada em todas as suas potencialidades, tampouco incorporada na maioria dos serviços de saúde brasileiros (Chaves e Tanaka, 2012). Sendo assim, vemos a necessidade de maiores investimentos técnicos e políticos (Brasil, 2005).

8. Referências

- Abreu DMX, Cesar CC, Franca EB. Relação entre as causas de morte evitáveis por atenção a saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 21(5): 282-91.
- Araújo JC, Guimaraes AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Rev Saude Pública*. 2007; 41(3): 368-74.
- Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Avaliação qualitativa de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes; 2010. 375p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: documento técnico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica do SUS [acesso 2015 jun 6]. Disponível em <http://189.28.128.178/sage/#>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. *Documento final da comissão de avaliação da atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. *Avaliação econômica em saúde : desafios para gestão no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo para os centros de especialidades odontológicas (CEO). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): nota metodológica da certificação das equipes de atenção básica. Versão preliminar. Brasil: Ministério da Saúde; 2015.
- Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria da contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005; 5(1): 63-9.
- Canesqui AM, Spinelli MAS. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do estado de Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 862-870, 2008.
- Castiel LD. Considerações acerca da utilização da epidemiologia na avaliação dos sistemas de saúde. *Cad Saúde Pública*. 1986; 2(2): 184-90.
- Chaves LDP, Tanaka OU. O enfermeiro e a avaliação na gestão de sistemas de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(5): 1274-8.
- Cohen E, Franco R. Avaliação de projetos sociais. 8. ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
- Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZAM, organizador. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas*. 3. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.
- Costa GD, Cotta RMM, Franceschini SCC, Batista RS, Gomes AP, Martins PC, et al. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. *Physis*. 2008; 18(4): 705-26.
- Del Nero CR. O que é economia da saúde. In: Piola SF, Vianna SM, organizadores. *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA; 2002.
- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *J Am Med Assoc*. 1988; 260(12): 1743- 54.
- Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990; 114(11): 1115-8.
- Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. New York: Oxford University Press; 1997.
- Felisberto E. Da teoria a formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Ciê. Saúde Colet*. 2006; 11(3): 553-63.
- Fonseca AFF, Machado FRS, Bornstein VJ, Pinheiro R. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. *Texto & Contexto Enferm*. 2012; 21(3): 519-27.
- Fonseca AFF, Mendonça MHM. A interação entre avaliação e a atuação dos agentes comunitários de saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. *Saúde Debate*. 2014; 38(nesp): 343-57.
- Furtado JP, Campos RO. Pesquisa avaliativa participativa em saúde mental. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(11): 2671-80.
- Guanais FC, Macinko J. The health effects of primary care decentralization in Brazil. *Health Aff*. 2009; 28(4): 1127-35.
- Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do programa saúde da família nos municípios do estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(4): 809-19.
- Lane DS, Kelman HR. Assessment of maternal health care quality: conceptual and methodologic issues. *Med Care*. 1975; 13(10): 791-807.
- Lima RT, Silva EP. Avaliação na práxis da saúde: histórico, enfoques teóricos e fortalecimento da institucionalização. *Rev Bras Ciê. Saúde*. 2011; 15(1): 103-14.
- Lourenço EC, Guerra LM, Tuon RA, Vidal SSMC, Ambrosano GMB, Corrente JE, et al. Variáveis de impacto na queda da mortalidade infantil no Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1998 a 2008. *Ciê. Saúde Colet*. 2014; 19(7): 2055-62.
- Macinko J, Marinho SMF, Guanais F, Simões CCSilva. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. *Soc Sci Med*. 2007; 65(10): 2070-80.

- Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
- Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo programa saúde da família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(2): 377-85.
- Pinto HAP, Sousa ANA, Ferla AA. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde Debate*. 2014; 38(nesp): 358-72.
- Pinto JM, Gerhardt TE. Práticas avaliativas na gestão da atenção básica em saúde. *Rev Adm Pública*. 2013; 47(2): 305-26.
- Puig-Junoy J, Pinto JL, Dalmau E. El valor monetario de la salud. Barcelona: Springer-Verlag; 2001.
- Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. 196p.
- Santos HR, Vieira FO. O papel da avaliação de desempenho na administração pública: o caso da secretaria municipal de planejamento e gestão de uma prefeitura fluminense [acesso 2015 jan 20]. Disponível em: <http://www.uff.br/sta/textos/fv003.doc>.
- Silva JM, Caldeira AP. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e qualificação profissional. *Trab Educ Saúde*. 2011; 9(1): 95-108.
- Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZAM, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
- Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10(1): 80-91.
- Tanaka OY. Caminhos alternativos para a institucionalização da avaliação em saúde. *Cien Saúde Colet*. 2006; 11(3): 571-2.
- Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.
- Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):821-828
- Vuori HV. Quality assurance of health services. Concepts and methodology. Copenhagen: WHO, Regional office for Europe; 1982.
- Walker DG, Jan S. How do we determine whether community health workers are cost-effective? Some core methodological issues. *J Community Health*. 2005; 30(3): 221-9.

CAPÍTULO 15 – GESTÃO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Luciana Fernandes VOLPATO

Farmacêutica, Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pela FOP UNICAMP

Luiz Cândido MARTINS

Mestre em Ciências da Religião pela UMESP, Doutor em Educação pela UNIMEP, Pós Doutorando pela Universidade Federal da Grande Dourados, MS, UFGD,

Antonio Carlos PEREIRA

Mestre e Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP; Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP

Marcelo de Castro MENEGHIM

Mestre e Doutor em Odontologia Social pela FOA UNESP, Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP

GUIA DO CAPÍTULO:

Objetivos:

O presente capítulo tem a finalidade de apresentar a complexidade conceitual da palavra qualidade, além de mencionar a necessidade da qualidade nos serviços de saúde, tanto no setor público como no privado. Para a obtenção da excelência na prestação dos serviços, as instituições devem dispor de meios para alcançá-la, assim a percepção da qualidade estabelecida na satisfação dos usuários/clientes e dos profissionais pode ser o primeiro passo para o desenvolvimento de ações que levarão a melhoria dos serviços. Entretanto, é necessário utilizar métodos e ferramentas de qualidade com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho. Assim, os diferentes métodos e ferramentas apresentam como objetivo atingir níveis mais altos na qualidade do serviço, por meio de contínuo acompanhamento dos processos

Conteúdo programático:

- Introdução
- Conceito de qualidade

- Qualidade nos serviços de saúde
- Satisfação dos usuários
- Satisfação dos profissionais
- Métodos e ferramentas de qualidade
 - Brainstorming
 - Lista de verificação
 - Fluxograma
 - Diagrama de Pareto
 - Diagrama de causa e efeito
 - Diagrama de dispersão
 - Ciclo PDCA
 - Programa 5S
 - 5W2H
 - Desdobramento da Função Qualidade (QFD)
 - Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) e Autoavaliação para a melhoria do acesso e qualidade da atenção básica (AMAQ-AB)
- Considerações finais

Leitura Obrigatória:

Martins LFV, Meneghim MC, Martins LC, Pereira AC. Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais. RFO UPF. 2014; 19(2): 151-8.

Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciên Saúde Colet. 2005; 10(3): 599-613.

Volpato LF, Meneghim MC, Tengan C, Meneghim ZMAP. Avaliação da qualidade: a possibilidade do uso de uma ferramenta de avaliação no serviço de saúde pública. In: Pereira AC, organizador. Tratado de saúde coletiva em odontologia. Nova Odessa: Napoleão; 2009. p. 111-30.

Leitura Complementar:

Fadel MAV, Regis Filho GI. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. Rev Adm Pública. 2009; 43(1): 7-22.

Volpato LF, Meneghim MC, Pereira AC, Ambrosano GMB. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o desdobramento da função qualidade (QFD). Cad Saúde Pública. 2010; 26(8): 1561-72.

Atividade Recomendada:

- Visite uma Unidade Básica de Saúde e elabore um Desdobramento da Função Qualidade (QFD)

1. INTRODUÇÃO

A qualidade sempre foi almejada pelas organizações e, desde os primórdios da humanidade, o homem vem aperfeiçoando técnicas para aprimorar seu trabalho. Desta forma, vários conceitos, métodos e técnicas para implementar, avaliar e manter a qualidade foram desenvolvidos no contexto industrial (Polizer e D’Innocenzo, 2006).

A qualidade deixou de ser um pré-requisito opcional e se tornou um requisito obrigatório de sobrevivência em um mercado cada vez mais competitivo (Nogueira, 1999). A área de saúde também se envolveu no processo, devido ao crescente aparecimento de novos procedimentos, tecnologias e usuários cada vez mais exigentes e interessados não somente no custo, mas na qualidade do serviço (Rocha e Trevizan, 2009).

O movimento pela qualidade incorporado pelo setor industrial na década de 50 foi sendo lentamente absorvido pelo setor de saúde na década seguinte e início dos anos 70. A implementação das estratégias de melhoria da gestão está no topo das prioridades em todo mundo, requisitando a atenção dos gestores dos setores públicos e privados, uma vez que existe uma grande pressão da sociedade para que ocorra uma transformação nas práticas gerenciais, a fim de aperfeiçoar o desempenho das organizações de saúde e, conseqüentemente, satisfazer pacientes, familiares, órgãos financiadores, comunidade atendida pela unidade de saúde e a sociedade em geral (Neves e Mota, 2002).

Este capítulo tem por finalidade apresentar um conceito de qualidade, sem a pretensão de esgotar a discussão sobre o assunto, mas incluindo a qualidade nos serviços de saúde, satisfação dos usuários e dos profissionais e, finalmente, algumas ferramentas desenvolvidas dentro desse processo histórico pela busca da qualidade e que se constitui nas mais significativas.

2. CONCEITO DE QUALIDADE

A palavra qualidade tem sua raiz no latim *qualitate* e significa propriedade, atributo, ou condição das coisas ou das pessoas, capaz de distingui-las das outras e lhes determinar a natureza; permite avaliar e, conseqüentemente, aprovar, aceitar ou recusar qualquer coisa (Pinto, 1993).

As definições a seguir oferecem uma visão aproximativa, resguardando a noção da complexidade conceitual e do aspecto da necessidade da qualidade exigida pelos diversos segmentos que dela utilizam.

Para Longo (1996), qualidade é um valor conhecido por todos, no entanto trata-se de um conceito definido de forma diferenciada por distintos grupos ou camadas da sociedade – a percepção dos indivíduos difere em relação aos mesmos produtos ou serviços, de acordo com suas necessidades, experiências e expectativas.

Já para Nascimento et al. (2005), qualidade expressa a satisfação dos usuários e estes possuem necessidades distintas e uma avaliação própria do que é ofertado, portanto, algo que pode ter boa qualidade para alguns, pode não ter para outros. Campos (1999) menciona que um produto ou serviço de qualidade deve atender de forma confiável, acessível, segura e no tempo certo as necessidades do usuário. Assim, Lobos (1991) afirma que se o processo pelo qual produtos ou serviços são materializados for bem realizado, o produto final terá qualidade.

Na área da saúde, a qualidade é definida através do grau com que os serviços de saúde satisfazem as necessidades, expectativas e padrões de atendimento dos usuários e suas famílias nas dimensões de resolutividade, eficácia e efetividade da atenção à saúde, na redução dos riscos à saúde, na humanização das relações entre os profissionais, entre profissionais e usuários e entre os profissionais e o sistema de saúde (Bitencourt e Hortale, 2007).

3. QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) está diretamente relacionada com a tomada de responsabilidade por parte do Estado.

Dessa forma, a saúde ao se tornar um direito, teve seu acesso ampliado a toda população, e trouxe com isso o desafio da qualidade dos serviços prestados, uma vez que, o sistema público de saúde no Brasil é precário, apresenta profundas desigualdades sociais, péssimas condições de vida e de saúde da população, má alocação dos recursos, ineficiência, custos crescentes e a desigualdade de acesso (Fadel e Regis Filho, 2009). Não alheia aos acontecimentos, a imprensa exhibe constantemente a falência do sistema público de saúde, sendo que sua ineficácia e ineficiência podem ser observadas nas imensas filas e nos atendimentos em macas espalhadas pelos corredores (Roncalli, 2003).

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde lançou, em 1998, o Programa Brasileiro de Acreditação que surgiu como uma estratégia para avaliar a qualidade da assistência prestada e da gestão, assim como das estruturas físicas e tecnológicas dos serviços de saúde. Essa avaliação procura reconhecer se o serviço atende ou não os padrões pré-definidos no Manual de Acreditação (BRASIL, 2002), sendo um processo formal e externo, ou seja, sem a participação dos atores envolvidos.

A Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ-ESF), lançada em 2005, como parte da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica, foi uma iniciativa do Ministério da Saúde para a avaliação da atenção básica e foi o primeiro instrumento de avaliação da qualidade desenvolvido e validado para a equipe de saúde da família, com o intuito de possibilitar a análise dos processos de trabalho.

O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) tem como objetivo avaliar a infraestrutura de saúde e a capacidade dos serviços ofertados em responder aos problemas de saúde (Brasil, 2011). O IDSUS adotou 24 indicadores que avaliam o desempenho do SUS, atribuindo uma nota, variando de zero a dez, para cada Município, Estado e para o Brasil. Cada indicador recebeu uma nota, que variou de 0 a 10 e mostrou a distância entre a situação atual e a desejada. De acordo com o Ministério da Saúde, o fundamento teórico que originou o IDSUS, foi o projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (Proadess), coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). O modelo de avaliação do Proadess não foi desenvolvido para hierarquizar municípios, mas considera que o desempenho do sistema de saúde brasileiro deve ser analisado em um contexto político, social e econômico que traduza a sua história, conformação atual, objetivos e prioridades (Noronha, 2012). Assim, o IDSUS foi criticado tomando como base que o setor saúde é complexo, não podendo ser avaliado através de um índice, constituído pelo somatório de diferentes variáveis (Mendes e Tanaka, 2012; Noronha, 2012).

Em 2011, foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde outro instrumento para avaliação do sistema de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com a finalidade de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e melhorar a qualidade da atenção básica, permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais destinadas a esse nível de atenção (Brasil, 2011). Uma das metodologias que compõe o PMAQ é a de autoavaliação, sendo o instrumento utilizado o AMAQ (Autoavaliação de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica). Este instrumento foi baseado no AMQ, revisto e adaptado. Fica claro, portanto, que a preocupação com o desenvolvimento da qualidade também no setor público.

A adoção de programas de qualidade justifica-se pelo fato de não ser suficiente reunir o melhor corpo clínico para que a organização preste assistência de qualidade, já que esta depende de um conjunto de outros fatores. No entanto, a implantação de programas de qualidade nos serviços de saúde pode apresentar algumas dificuldades devido ao fato de que estes serviços possuem algumas particularidades de caráter econômico e organizacional, tais como: as leis de mercado não se aplicam ao setor em face das necessidades humanas e prioridades não-mercantis; a concorrência não é um elemento forte no ambiente destas organizações; a variabilidade da assistência, dificultando a padronização do processo de trabalho em saúde e a racionalização da oferta de serviços; as informações na área de saúde são desiguais, não abrangem todos os usuários da mesma forma e, geralmente, os usuários são leigos e não possuem a capacidade de julgar seu tratamento e suas necessidades, dificultando a escolha das suas opções de consumo; não há tempo disponível para se realizar o controle da qualidade, uma vez que o consumo do serviço é imediato à produção; a produção do serviço é efetuada por vários profissionais de diversos níveis de escolaridade e formação; os médicos apresentam forte resistência aos programas por se sentirem fiscalizados na conduta clínica (Gurgel Junior e Vieira, 2002).

Além disto, os serviços de saúde possuem algumas peculiaridades e, por este motivo, para cada tipo de serviço pode existir determinantes de qualidade. Santos (2000) menciona os seguintes determinantes para os serviços de saúde: confiabilidade (prestação de serviços segundo o prometido, com precisão e segurança), rapidez (velocidade de atendimento e prontidão para o usuário), tangíveis (referem-se a evidências físicas do serviço, tais como: instalações físicas, aparência dos profissionais e equipamentos utilizados), empatia (cordialidade, atenção e cuidado fornecido ao usuário), flexibilidade (capacidade de mudar e adaptar o serviço para se ajustar às necessidades dos clientes), acesso (facilidade de entrar em contato ou acessar fisicamente o serviço), disponibilidade (facilidade de encontrar disponível pessoal de atendimento, bens facilitadores e instalações).

A qualidade nos serviços de saúde não é apenas necessária, mas é essencial. Assim, as instituições devem dispor de meios para alcançar a excelência na prestação dos serviços, utilizando ferramentas para avaliação da qualidade, como o QFD (Desdobramento da Função Qualidade). Esta ferramenta foi empregada nas pesquisas de Volpato et al. (2010) e Volpato (2014) nas unidades de saúde da família, gerenciadas tanto por um município como por uma organização social, e analisou a percepção dos usuários e dos profissionais.

A percepção da qualidade baseia-se na satisfação dos usuários e dos profissionais a respeito da qualidade do serviço, podendo ser um primeiro passo para o desenvolvimento de ações que levarão a melhoria, tanto por parte do gestor do sistema, que precisa conhecer a percepção de ambos para melhor direcionar as estratégias e ações, como por parte dos próprios profissionais que, entendendo a percepção da qualidade sob a perspectiva de seus usuários, estarão mais preparados para atender suas expectativas.

4. SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

Segundo o dicionário Aurélio, satisfação é um contentamento, um prazer que resulta da realização do que se espera ou se deseja. Desta forma, a qualidade aferida pela satisfação do usuário baseia-se no conceito que este faz em relação a um serviço responder ou não às suas necessidades de cuidado.

Ao se definir qualidade na prestação de serviços, a diferença fundamental encontra-se na subjetividade e na dificuldade de estabelecer o que é qualidade, uma vez que os usuários reagem diferentemente ao que parece ser o mesmo serviço. Isso se deve ao fato que cada usuário possui uma determinada percepção sobre qualidade e no caso dos serviços, as percepções podem variar ainda mais, devido ao fato dos serviços serem intangíveis. Além disso, a própria tendência de variabilidade dos serviços pode fazer que uma mesma pessoa tenha percepções diversas do mesmo serviço em diferentes momentos de sua vida (Santos, 2000; Vasconcellos, 2002).

Há várias terminologias relacionadas à satisfação: paciente, usuário, consumidor e cliente. O termo “satisfação do paciente” carrega certa passividade e pode expressar atitude ou resposta baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados pelos pacientes. A “satisfação do usuário” passou a ser mencionada com o intuito de coletar informações do indivíduo que usa os serviços de saúde, tanto público como privado, e que perpassa a percepção de ser um paciente ou um consumidor, tais como: a relação médico-paciente, a qualidade das instalações do serviço e a qualidade técnica dos profissionais de saúde. Nas últimas duas décadas, os termos “consumidor” e “cliente” passaram a ser utilizados, principalmente pelo setor privado, sendo que o primeiro refere-se a um indivíduo racional, consciente de suas escolhas e capaz de defender seus direitos; enquanto que o segundo trata-se de um indivíduo que paga pelo serviço e, assim, concerne certos direitos (Vaitsman e Andrade, 2005; Esperidião e Trad, 2006).

A utilização de um serviço de saúde está associada às necessidades e expectativas vinculadas a um problema. Assim, após o uso desses serviços, o usuário poderá mencionar se suas necessidades e expectativas foram atendidas. O nível de satisfação possibilita interferir na qualidade nos diversos momentos de atendimento, desde a entrada até a saída do serviço de saúde (Martins et al., 2014).

Ao avaliar a qualidade, os usuários realizam comparações entre o desempenho do serviço e suas expectativas, desta forma, os resultados são bons quando a qualidade percebida é obtida. Portanto, é uma tarefa complexa, pois se trata de mensuração de opiniões, influenciadas por diferentes situações (aspectos culturais, sociais, pessoais e psicológicos), expectativas e antecedentes (Lima et al., 2010; Damasceno et al., 2012). A qualidade pode ser percebida através de aspectos tangíveis (aquilo que pode ver ou sentir, como a aparência física do local) e intangíveis (ligados à relação dos profissionais com os usuários, como cordialidade e amabilidade). De forma geral, observa-se que a concepção dos usuários é fundamentada mais nos aspectos pessoais do que técnicos (Franco e Campos, 1998; Fadel e Regis Filho, 2009; Volpato et al., 2010).

As primeiras pesquisas utilizavam o termo satisfação do paciente com objetivo de obter resultados clínicos, através da adesão ao tratamento, englobando: comparecimento às consultas, aceitação das sugestões e prescrições e uso adequado dos medicamentos. Atualmente, as pesquisas nacionais mencionam satisfação dos usuários e focalizam as diferentes dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações do serviço, passando pela qualidade técnica dos profissionais de saúde (Vaitsman e Andrade, 2005).

As metodologias de pesquisa de satisfação dos usuários e as dimensões (componentes) mencionadas variam com o decorrer do tempo. Na década de 70, Ware e Snyder selecionaram quatro dimensões como principais: acesso ao cuidado, continuidade do cuidado, disponibilidade do serviço e conduta médica; e nos anos 80 ampliaram para oito: arte do cuidado, qualidade técnica, acesso, eficácia do serviço, custo com o cuidado, ambiente físico, disponibilidade e continuidade do cuidado (Bowling, 1997).

Outros pesquisadores como Donabedian (1992) e Carâp (1997) também comprovaram as dimensões relacionadas às expectativas e satisfação dos usuários. Carâp (1997) definiu as seguintes dimensões: acesso (tempo, distância, disponibilidade, facilidade de agendamento), relações humanas (respeito, gentileza), competência profissional, informações (sobre tratamento, procedimentos) e resultado do tratamento. Todavia, Donabedian (1992) identificou que a aceitabilidade é a dimensão que mais se relaciona com as expectativas e satisfação dos usuários. O conceito aceitabilidade engloba o acesso, relação humana, dependências e instalação, além do efeito e do custo do tratamento.

Há vários instrumentos que podem ser aplicados na verificação da qualidade dos serviços de saúde, segundo a satisfação dos usuários, tais como: questionários, entrevistas, observações, urnas de sugestões e telefonemas. No caso de questionários ou entrevistas pode-se solicitar ao usuário para expressar sua opinião segundo uma escala numérica a cada item avaliado (Kloetzel et al., 1998; Volpato et al., 2010).

De acordo com Vaitsman e Andrade (2005), as críticas mais comuns às pesquisas de satisfação são: a) o aspecto subjetivo da “satisfação”, uma vez que depende da expectativa e exigência do indivíduo em

relação ao atendimento, além das características individuais como idade, gênero, classe social e estado psicológico. A expectativa é um dos fatores mais complicados, pois os usuários possuem diferentes capacidades críticas e, assim, uma boa avaliação pode ocorrer devido a uma baixa capacidade crítica dos usuários e uma avaliação mais baixa pode ser feita devido a um elevado grau de exigência; b) as consequências práticas dessas avaliações, ou seja, se as pesquisas realmente auxiliam em uma melhor qualidade dos serviços de saúde.

5. SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

A maior parte dos estudos realizados no Brasil enfoca, principalmente, a satisfação e a qualidade nos serviços de saúde sob o ponto de vista dos usuários e não mencionam os profissionais, que são um importante instrumental de atuação na área da saúde. Nesse sentido, as pesquisas deveriam incluir os dois segmentos envolvidos – os usuários e os profissionais de saúde.

Satisfação profissional é um tópico importante na área da saúde, uma vez que bem-estar e qualidade de vida no trabalho são fatores que interferem na qualidade da assistência e percepção dos aspectos relacionados à profissão (Volpato et al., 2010; Martins et al., 2014). Assim como a satisfação dos usuários, é um fenômeno complexo e de difícil definição, pois se trata de um estado subjetivo que varia de circunstâncias, de pessoa para pessoa e pode ainda variar ao longo do tempo para a mesma pessoa. Pode-se dizer que a satisfação no trabalho é resultante da interação entre o profissional, suas características pessoais, valores, expectativas com o ambiente e empresa; podendo ser observada através da qualidade do trabalho, desempenho, produtividade, pontualidade, absenteísmo e rotatividade. As frustrações decorrentes do trabalho influenciam a vida pessoal e emocional, originando doenças ocupacionais, dificuldades de ajustamento pessoal, desequilíbrio emocional e insatisfação no trabalho (Lino, 1999).

A insatisfação no trabalho pode ser decorrente de vários fatores, entre eles se destacam: sentimentos de obrigação em executar um serviço desinteressante e sem significado, desconhecimento da importância do trabalho desenvolvido na instituição, desqualificação, questões salariais, promoção, reconhecimento, condições e tipo de trabalho, ambiente, colegas, supervisão, gerenciamento, instituição, além da diferença de personalidade e valores que a pessoa atribui ao trabalho (Rosa et al., 2009; Novaes et al., 2010).

Os profissionais nem sempre tem suas necessidades e expectativas levadas em consideração, contudo a atuação e a qualidade dos serviços de saúde dependem do profissional e de sua experiência, do seu compromisso com a organização, com os usuários e com as atividades que desenvolve. Diante disso, é necessário averiguar as necessidades e expectativas dos profissionais, sua satisfação com o trabalho e sua visão dos usuários, uma vez que na organização de serviços há uma relação de troca entre os sujeitos e este relacionamento refletirá na qualidade do serviço.

É imprescindível que o profissional propicie aos usuários dos serviços de saúde, a promoção, o resgate e a manutenção da sua saúde. Porém, esses profissionais enfrentam situações ambientais e psicossociais relacionadas ao seu ambiente de trabalho que podem repercutir diretamente na qualidade dos serviços prestados (Rosa et al., 2009).

O bom relacionamento entre profissionais e usuários faz parte da humanização e esta é essencial para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, desta forma, a postura de acolhimento dos profissionais se revela atrás de algumas atitudes, como: aproximação com o usuário, cumprimento, individualização, concentração no atendimento e demonstração de envolvimento ou sentimento em relação aos problemas dos usuários (Carvalho et al., 2008). A relação humanizada eleva a credibilidade com o profissional, facilitando na cooperação ao tratamento e continuidade do cuidado (Martha et al., 2011).

Entretanto, a relação profissional/usuário pode tornar-se uma dificuldade ao aferir a qualidade dos serviços de saúde, uma vez que o bom relacionamento pode compensar falhas no cuidado técnico. Por

este motivo, durante as pesquisas de satisfação procura-se analisar a efetividade do tratamento, ou seja, é necessário verificar se os cuidados técnicos dispensados atingem os resultados esperados.

As pesquisas de satisfação profissional nos serviços de saúde podem conter variáveis pessoais e profissionais. As variáveis pessoais contemplam: idade, tempo de experiência (quanto maior a idade e o tempo de experiência, maior é a tendência de ser estável na instituição e de demonstrar satisfação profissional) e nível de formação educacional (quanto mais alto é o nível educacional, maior é a necessidade expressa de importância do trabalho e uma relação inversamente proporcional de satisfação do trabalho). Enquanto que as variáveis profissionais são: autonomia (responsabilidade individual pelo trabalho ou controle sobre as decisões profissionais), compromisso (lealdade), comunicação entre os profissionais (integração social), profissionalismo (motivação para o trabalho e compromisso com a carreira), reconhecimento (feedback), rotinização (o desempenho de tarefas repetitivas associa-se a variedade e especialização) e estresse (Lino, 1999; Novaes et al., 2010).

Ainda que as percepções de um serviço estejam vinculadas a uma avaliação pessoal, é imprescindível que o profissional conheça as expectativas dos usuários para trazer melhorias no desempenho do trabalho e para isso é necessário ouvi-los, uma vez que os usuários dependem dos serviços e possuem a habilidade de julgar a qualidade percebida dos serviços de saúde e sugerir ideias úteis de melhoria (Fadel e Regis Filho, 2009; Martins et al., 2014).

O serviço de saúde pode ser afetado pelo grau de satisfação dos profissionais e a satisfação das necessidades de trabalho é essencial para a melhoria da produtividade e está atrelada à motivação. Sendo assim, para que o trabalho represente fonte de satisfação, é preciso que as relações estabelecidas sejam satisfatórias, tanto para o profissional como para o usuário, evitando um possível surgimento das insatisfações no trabalho.

6. MÉTODOS E FERRAMENTAS DE QUALIDADE

A melhoria da qualidade implica nas decisões baseadas em fatos, entretanto para a obtenção desses fatos é necessária a utilização de métodos e ferramentas que permitam quantificar e qualificar as informações.

Os métodos e as ferramentas de qualidade são técnicas que podem ser utilizadas em conjunto ou separadamente e tem como finalidade definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho. Assim sendo, apresentam como objetivo atingir níveis mais altos na qualidade do produto, exigindo um contínuo acompanhamento, controle e melhoria dos processos.

Apesar de existirem inúmeros métodos e ferramentas de qualidade, as mais utilizadas estão citadas a seguir.

Brainstorming

O brainstorming foi desenvolvido por Osborn, em 1938 e significa “tempestade mental” ou “tempestade de ideias”. Trata-se de uma ferramenta para geração de novas ideias, conceitos e soluções para qualquer assunto ou tópico num ambiente livre de críticas e de restrições à imaginação, ou seja, é o trabalho em grupo para identificar um problema e encontrar a melhor decisão para um plano de ação que solucione tal problema. Visa a participação de todos os integrantes da equipe, sem restrição de suas ideias (Nóbrega et al., 1997).

O brainstorming é útil quando se deseja gerar em curto prazo uma grande quantidade de ideias sobre um assunto a ser resolvido, as possíveis causas de um problema, abordagens a serem usadas ou ações a serem tomadas.

Usualmente é um trabalho em equipe, variando de 4 a 8 pessoas, mas pode ser individual e as reuniões podem acontecer num espaço de tempo de 30 a 60 minutos.

É necessária uma clara definição do problema ou do assunto e assegurar que todos os participantes o tenham compreendido. Além disso, os participantes devem ser orientados que está proibida críticas às ideias apresentadas, pois causam inibições e desvios dos objetivos; quantidade é importante, assim, quanto mais informações, melhor; nenhuma ideia deve ser desprezada; em qualquer momento, é permitido que alguém apresente uma ideia modificada ou combinada com outras já apresentadas por outras pessoas do grupo; todos podem e devem apresentar suas ideias. Todas as ideias devem ser anotadas e dispostas para que todos possam vê-las, evitando duplicidades, mal entendidos e estimulando o pensamento criativo no grupo.

Há dois tipos de brainstorming, o estruturado e o não estruturado. No estruturado, todos os participantes devem dar uma ideia quando chegar a sua vez na rodada ou passar a vez até a próxima rodada. Isso evita a preponderância dos mais falantes, proporcionando que todos tenham oportunidade igual para contribuir com ideias e promovem o envolvimento maior de todos, mesmo os mais tímidos. O brainstorming termina quando os participantes não apresentam mais ideias.

No brainstorming não estruturado, qualquer participante menciona suas ideias à medida que vão surgindo na mente. Tende-se a criar uma atmosfera mais relaxada e há o risco dos mais falantes dominar o ambiente. Essa técnica é finalizada quando nenhum participante tem mais ideias e todos concordam em parar.

Após o brainstorming devem-se reunir as ideias e classificá-las em temas e categorias, selecionar as melhores para serem analisadas, melhoradas e aproveitadas.

O brainstorming apresenta as seguintes vantagens: permite a manifestação dos participantes; técnica flexível em termos de possibilidades de utilização; fácil aplicação e não requer grandes conhecimentos para obter resultados. Mas, pode apresentar algumas desvantagens, tais como: se o objetivo do brainstorming não estiver claro, não haverá ideias criativas; nem sempre surte a solução esperada para o problema em questão; é um processo empírico e primário, pois se relaciona com a experiência de cada um dos envolvidos no processo.

Lista de verificação

A lista de verificação é uma planilha para o registro de dados num formato fácil e sistemático (Figura 1). Os dados de cada um dos itens a serem verificados são registrados, permitindo uma rápida percepção da realidade e uma imediata interpretação da situação, ajudando a diminuir erros e confusões.

Para fazer a lista de verificação é necessário estruturá-la de maneira que permita um fácil preenchimento, definir a quantidade e o tamanho da amostra dos dados, definir onde será realizada a coleta dos dados, determinar a frequência com que os dados serão coletados (diário, semanal, ou mensal) e quem coletará os dados.

Segundo Vieira (1999), nos serviços de saúde as listas de verificação podem ser utilizadas para identificar a localização dos problemas, o desempenho de operações em sequência, as razões para a não conformidade, a distribuição e o comportamento do processo e, também, para levantar suas causas. A lista é útil para registrar os dados que indicam problemas de qualidade (reclamações, necessidades de reparos) e de segurança (acidentes de trabalho, quebra de equipamentos).

O inspetor, com a lista de verificação em mãos, deverá anotar na linha que descreve o tipo de problema encontrado e para determinar as causas dos problemas, é necessário organizar uma relação com as causas mais prováveis e escrevê-las na lista de verificação.

As listas de verificação apresentam vantagens e desvantagens:

- Vantagens: obtenção do fato é registrada no momento que ocorre, facilitando a identificação da causa junto ao problema; simples de aplicar, bastando apenas concentração.
- Desvantagens: o processo de coleta pode ser lento e demanda recursos de acordo com a amplitude da amostra.

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)		
Antes da indução anestésica ▶▶▶	Antes da incisão cirúrgica ▶▶▶	Antes de o paciente sair da sala de operações
IDENTIFICAÇÃO ☐ PACIENTE CONFIRMOU: - Identidade - Sítio cirúrgico - Procedimento - Consentimento ☐ SÍTIO DEMARCOADO/NÃO SE APLICA ☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA ☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO ☐ O PACIENTE POSSUI: - ALERGIA CONHECIDA ☐ NÃO ☐ SIM ☐ VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO ☐ NÃO ☐ SIM, E EQUIPAMENTOS DE ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS ☐ RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500ml (7ml/kg EM CRIANÇAS)? ☐ NÃO ☐ SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS	CONFIRMAÇÃO ☐ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO ☐ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMARAM VERBALMENTE: - Identificação do paciente - Sítio cirúrgico - Procedimento ☐ EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS ☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA? ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX: INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES? ☐ A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? ☐ SIM ☐ NÃO SE APLICA ☐ AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? ☐ SIM ☐ NÃO SE APLICA	REGISTRO ☐ O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE ☐ REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATORIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO ☐ SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) ☐ COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)? ☐ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO ☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS)

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.

Figura1: Modelo de Lista de verificação.

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2009.

Fluxograma

É uma representação esquemática que facilita a visualização das diversas etapas que compõem um determinado processo, permitindo identificar os pontos que merecem atenção especial por parte dos profissionais (Figura 2). Trata-se de uma ferramenta fundamental para o planejamento (elaboração) e aperfeiçoamento (análise, crítica e alterações) do processo.

O fluxograma apresenta como objetivos: padronizar métodos e procedimentos, descrevê-los com rapidez, facilitar a leitura e o entendimento das rotinas, identificar os pontos mais importantes das atividades visualizadas e permitir maior flexibilização e um melhor grau de análise.

É basicamente formado por três módulos: início (assunto a ser considerado no planejamento), processo (consiste na determinação e interligação dos módulos que englobam o assunto, ou seja, todas as operações que compõe o processo) e final (fim do processo, onde não existem mais ações a ser considerada).

O fluxograma pode ser usado para identificar o fluxo atual ou o ideal de um serviço com a finalidade de identificar desvios, verificar os vários passos do processo e se estão relacionados entre si, identificar as oportunidades de mudanças e identificar as áreas que serão afetadas nas mudanças ou propostas.

Segundo Vieira (1999), na elaboração de um fluxograma é necessário:

- a participação de todas as pessoas envolvidas no processo.
- identificar as fronteiras do processo, mostrando o início e o fim,
- documentar cada etapa do processo, registrando as atividades e as decisões,

- fazer uma revisão para verificar se alguma etapa não foi esquecida, ou se foi elaborada de forma incorreta,
- discutir com a equipe, analisando como o fluxograma foi completado, certificando-se da coexistência do mesmo e como o processo se apresenta.

As vantagens na utilização do fluxograma são: eficaz para o planejamento e solução de problemas, permite visão global do processo e ressalta operações críticas ou situações, melhora o conhecimento do processo e desenvolve o trabalho em equipe necessário para descobrir o aprimoramento. E suas desvantagens são: a aplicabilidade só será efetivada na medida em que mostrar, verdadeiramente, como é o processo; falta de padronização na maioria das empresas e quando se encontra alguma padronização, é inadequada e as pessoas não conhecem; uma pessoa sozinha é incapaz de completar o fluxograma, é necessária a ajuda de outros.

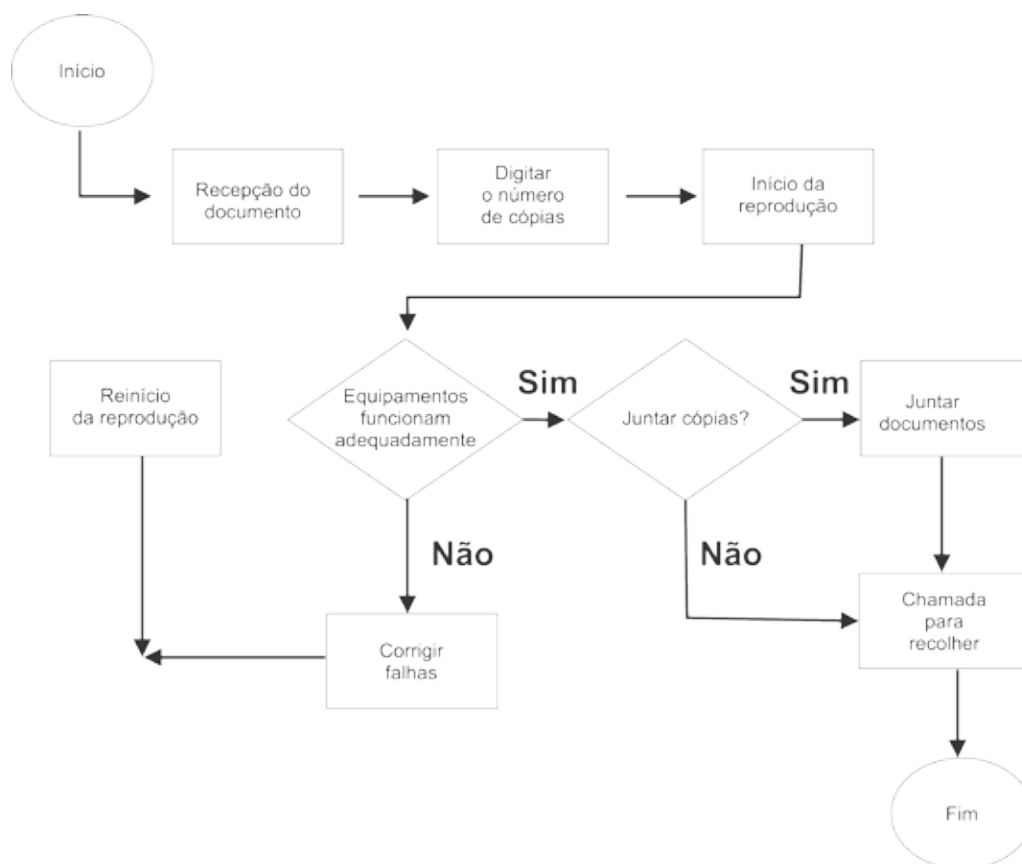


Figura 2: Modelo de Fluxograma.
Fonte: Vieira, 1999.

Diagrama de Pareto

É uma forma de descrição gráfica que ordena as frequências das ocorrências, da maior para a menor, permitindo a priorização dos problemas. O diagrama de Pareto é um gráfico de barras que dispõe a informação de forma a tornar evidente a priorização de temas, permitindo o estabelecimento de metas numéricas viáveis de serem alcançadas.

O diagrama de Pareto é representado por barras dispostas em ordem decrescente, com a causa principal vista do lado esquerdo do diagrama e as causas menores são mostradas do lado direito. Pode

ser utilizado quando se deseja: identificar os problemas e suas causas, melhor visualização da ação, priorizar a ação, confirmar os resultados de melhoria e verificar a situação antes e depois do problema.

Para a construção do diagrama de Pareto (Figura 3) é necessário:

- decidir o que será analisado e o tipo de problema,
- coletar os dados,
- reunir os dados dentro de cada categoria,
- traçar um eixo horizontal e dividi-lo em tantas partes iguais quantas são as categorias listadas,
- traçar um eixo na vertical e escrever as frequências (0% – 100%),
- traçar barras verticais, em ordem decrescente da esquerda para a direita, com base no eixo horizontal e altura igual à frequência da categoria.

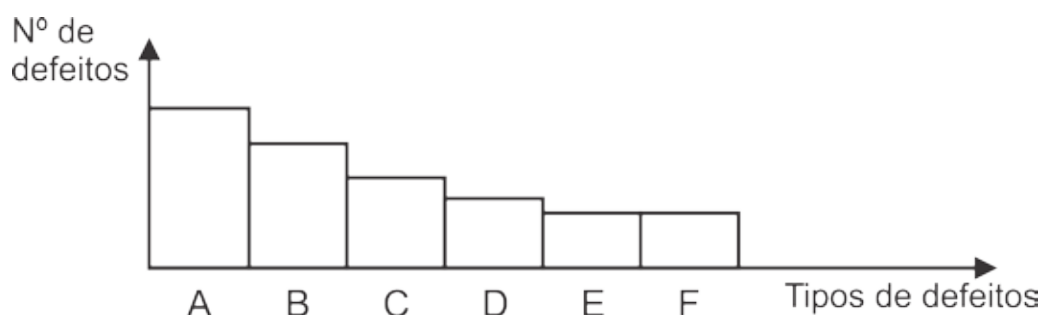


Figura 3: Diagrama de Pareto.
Fonte: Adaptado de Vieira, 1999.

Para desenhar a curva de Pareto (Figura 4):

- desenhar o diagrama de Pareto, deixando espaço na parte superior,
- para cada categoria, marcar um ponto com abscissa igual ao extremo direito da base da categoria e ordenada igual à frequência acumulada,
- ligar os pontos,
- completar a figura colocando título, data e nome do responsável pela coleta dos dados.

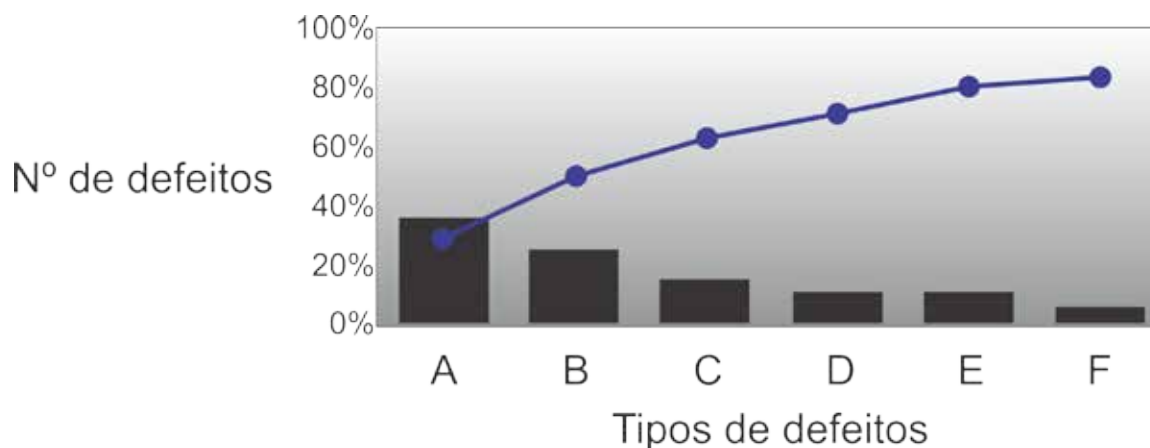


Figura 4: Diagrama e curva de Pareto.
Fonte: Adaptado de Vieira, 1999.

O diagrama de Pareto estabelece prioridades, ou seja, mostra a ordem que os problemas devem ser resolvidos e, usualmente, trabalha-se nas barras mais altas e não nas mais baixas. Algumas recomendações são necessárias e ajudam no uso da ferramenta:

- verificar e testar diversas classificações, antes de fazer o diagrama definitivo, pois nem sempre o problema é abordado de maneira correta, logo no início.
- estudar o problema medindo-o em várias escalas, uma vez que, muitas vezes, não é interessante sanar os problemas que ocorrem com maior frequência e sim aqueles que apresentam custo mais elevado.
- fracionar grandes problemas em problemas específicos, estratificando ou subdividindo em aspectos mais específicos, isto é, depois de identificar um problema como sendo o mais importante, verificar a possibilidade de subdividi-lo em aspectos mais específicos.

As vantagens de utilizar o diagrama de Pareto são: permite a visualização dos diversos elementos de um problema, ajudando a classificá-los e priorizá-los; facilita o direcionamento de esforços; permite ótimos resultados com poucas ações. E as desvantagens são: ferramenta de difícil aplicação e nem sempre a causa que provoca não-conformidade será priorizada.

Diagrama de causa e efeito

É uma representação gráfica que permite a organização das informações possibilitando a identificação das possíveis causas de um determinado problema. O diagrama de causa e efeito também pode ser denominado de diagrama de espinha de peixe ou diagrama de Ishikawa.

Pode-se utilizar esta ferramenta quando necessitar identificar as causas possíveis de um problema, para obter melhor visualização da relação entre a causa e efeito e para saber quais as causas que estão provocando o problema.

Para a construção de um diagrama de causa e efeito é preciso:

- definir o problema a ser analisado,
- escrever o problema em um retângulo, ao lado direito da folha de papel e no final de um eixo,
- escrever as causas primárias do problema sob investigação em retângulos, os dispor em torno do eixo e ligar estes retângulos ao eixo, conforme a Figura 5.

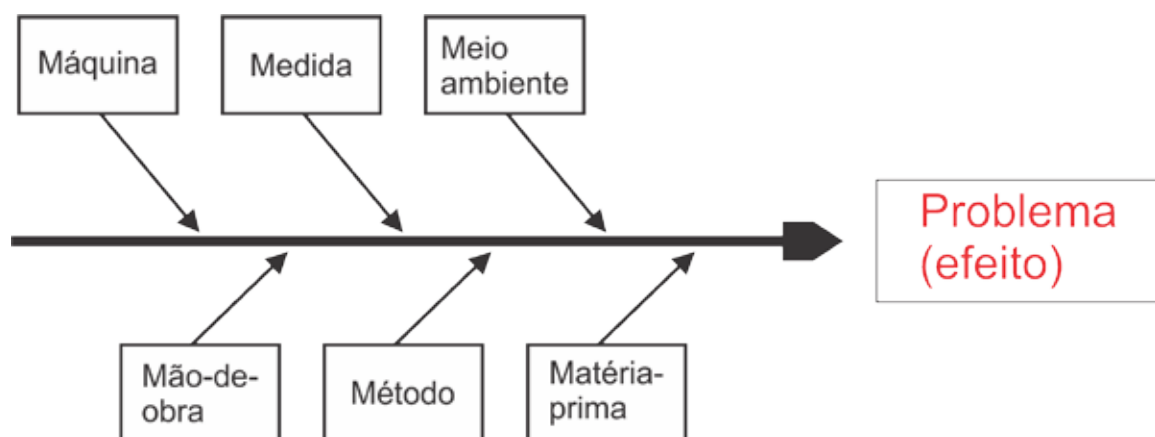


Figura 5: Causas primárias do Diagrama de causa e efeito.

Fonte: Adaptado de Vieira, 1999.

- identificar e anotar as subcausas (secundárias e terciárias), ou seja, dentro de cada causa primária, escrever as secundárias e dentro das causas secundárias escrever as terciárias, conforme Figura 6.

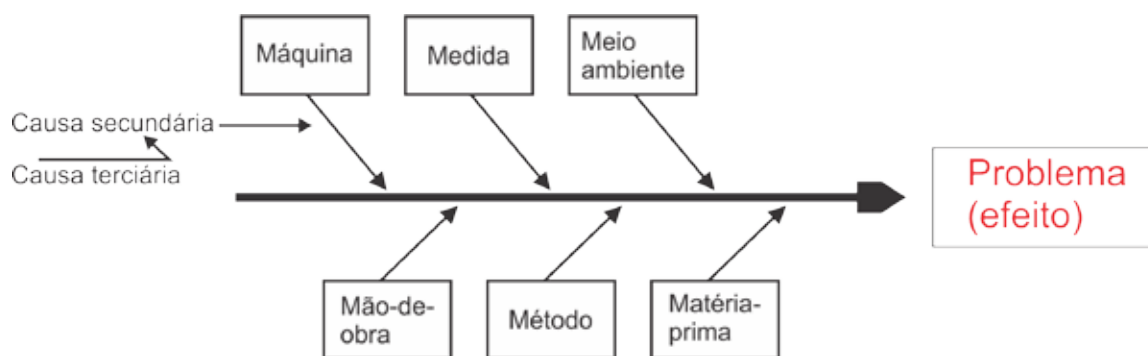


Figura 6: Diagrama de causa e efeito.
Fonte: Adaptado de Vieira, 1999.

Nem sempre é fácil identificar as causas de um problema de qualidade, assim sendo alguns cuidados são necessários:

- definir o problema de forma precisa, evitando termos abstratos e ideias genéricas,
- identificar as causas do problema sob investigação em reuniões ou seções de brainstorming,
- resumir as sugestões em poucas palavras,
- concentrar-se nas causas possíveis de serem sanadas, pois se as causas não podem ser removidas, o diagrama de causa e efeito não terá nenhuma aplicação prática.

O diagrama de causa e efeito apresenta as seguintes vantagens e desvantagens:

- Vantagens: direciona os itens a serem verificados para que se chegue a identificação das causas; não há restrição às ações dos participantes quanto às propostas a serem apresentadas e permite uma visão ampla de todas as variáveis que interferem no bom andamento das atividades.
- Desvantagens: limitada a solução de um problema por aplicação e para cada nova situação, é necessário percorrer todos os passos do processo.

Diagrama de dispersão

O diagrama de dispersão é usado para visualizar a relação entre duas variáveis, geralmente estuda-se a relação entre: uma característica de qualidade e um fator que possa ter efeito sobre essa característica, duas características e dois fatores que possam ter efeito sobre a mesma característica de qualidade (Vieira, 1999).

Para fazer um diagrama de dispersão é preciso seguir os seguintes passos:

- coletar pares de dados que poderão estar relacionados,
- traçar eixos cartesianos e representar uma variável em cada eixo,
- estabelecer as escalas de modo que o diagrama tenha aspecto de um quadrado,
- escrever os nomes das variáveis nos respectivos eixos,
- colocar os dados no diagrama: fazer um ponto para representar cada par e se dois ou mais pontos coincidirem, desenhar círculos em torno desse ponto quantas vezes ele se repetir ou desenhar os pontos bem juntos,
- escrever o título, a legenda, a data que os dados foram obtidos, o número de pares de dados e o responsável pela coleta.

É imprescindível observar a direção e a dispersão dos pontos para interpretar o diagrama de dispersão. Se x e y crescem no mesmo sentido, existe uma correlação positiva entre as variáveis (Figura 7), mas se

x e y variam em sentidos contrários, existe uma correlação negativa entre as variáveis (Figura 8). Se x cresce e y varia ao acaso, não existe correlação entre as variáveis ou a correlação entre elas é nula (Figura 9).

Diagramas de dispersão que mostram correlação positiva entre as variáveis

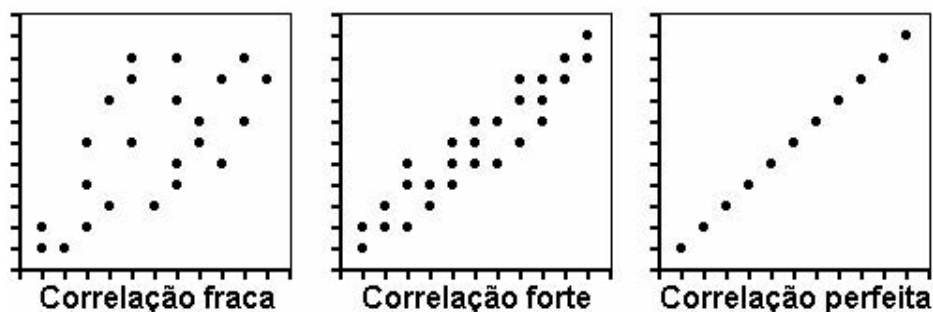


Figura 7: Modelo de Diagrama de dispersão – correlação positiva entre variáveis.

Fonte: Vieira, 1999.

Diagramas de dispersão que mostram correlação negativa entre as variáveis

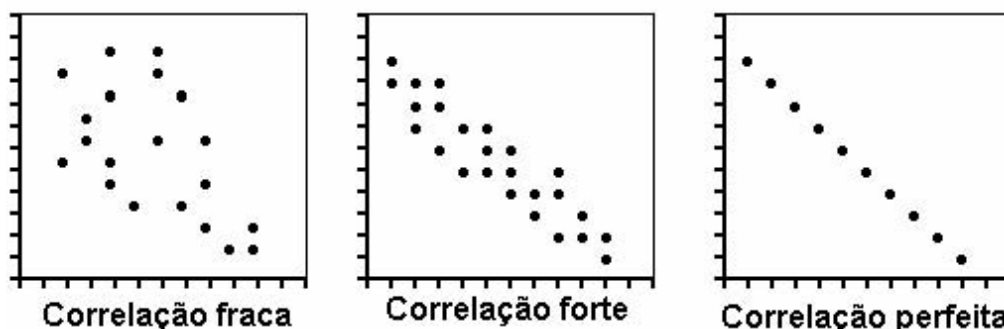


Figura 8: Modelo de Diagrama de dispersão – correlação negativa entre variáveis.

Fonte: Vieira, 1999.

Diagrama de dispersão que mostra correlação nula entre variáveis

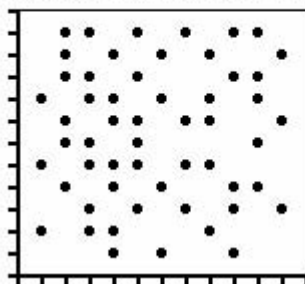


Figura 9: Modelo de Diagrama de dispersão – correlação nula entre variáveis.

Fonte: Vieira, 1999.

O diagrama de dispersão apresenta algumas vantagens, tais como: permite a identificação do possível relacionamento entre as variáveis consideradas numa análise, é ideal quando há interesse em visualizar a intensidade do relacionamento entre duas variáveis. Entretanto, apresenta as seguintes desvanta-

gens: é um método complexo e que necessita de um nível mínimo de conhecimento para utilizá-lo, além de exigir um profundo conhecimento do processo cujo problema deseja-se solucionar.

Ciclo PDCA

O ciclo PDCA, também conhecido como ciclo de Shewhart ou ciclo de Deming, foi idealizado por Walter A. Shewhart e introduzido no Japão na década de 20, porém foi Deming quem efetivamente o divulgou e o aplicou, em 1950, na reconstrução do Japão após a 2ª Guerra Mundial.

O ciclo inicia-se pelo estudo da situação atual, ou seja, as informações são agrupadas para esquematizar um plano de melhorias e, em seguida, as ações planejadas são executadas. Após este processo, verifica-se, constantemente e repetidamente (ciclicamente), o que foi realizado e se estava de acordo com o planejado e, a partir deste momento, define-se uma ação corretiva para eliminar os defeitos no produto ou na execução do processo (Volpato et al., 2009).

A sigla PDCA corresponde as iniciais em inglês e o ciclo é dividido em 4 fases (Figura 10):

- Plan (Planejar): nesta fase são definidas as metas que se deseja atingir. As metas devem relevar pontos importantes como tendências de mercado, fornecedores, situação política do país e do mundo. Após definidas as metas, deve-se buscar meios e procedimentos para alcançá-las.
- Do (Executar): fase de implantação do planejamento, ou seja, execução das tarefas através de coletas de dados, treinamento e educação dos funcionários para a utilização do ciclo.
- Check (Verificação): etapa gerencial, deve-se verificar os resultados, observar se a meta foi alcançada e identificar possíveis desvios na meta ou no método.
- Action (Ação corretiva): etapa de ação corretiva e se forem identificados desvios é necessário definir e programar soluções que eliminem as suas causas, mas, se não forem identificados desvios, é preciso realizar um trabalho preventivo, identificando quais os desvios passíveis de ocorrer no futuro, suas causas e soluções.

O processo de melhoria contínua deve ser realizado a partir do momento em que as metas estabelecidas sejam atingidas. Neste caso, deve-se voltar à fase inicial (Plan) e revisar as metas já atingidas traçando novos desafios.

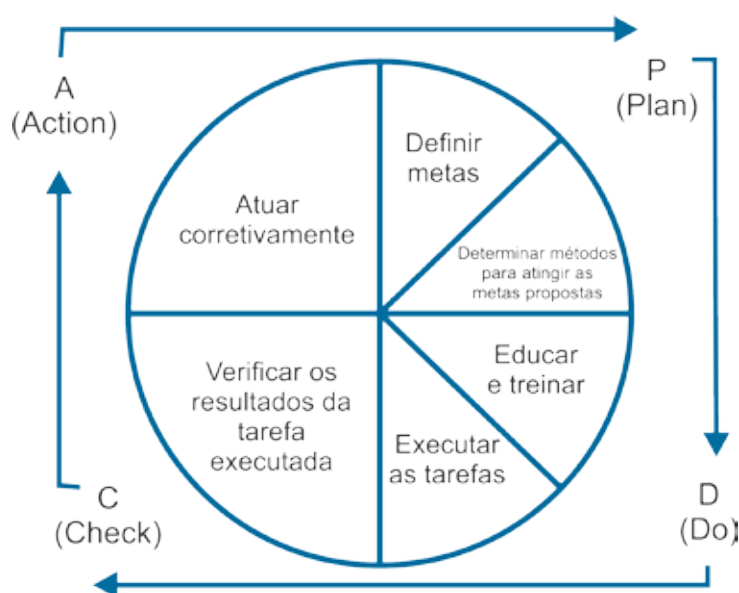


Figura 10: Ciclo PDCA.
Fonte: Vieira, 1999.

Programa 5S

O 5S é um conjunto de técnicas desenvolvidas no Japão, em 1950, por Kaoru Ishikawa, devido à necessidade de reorganização do país após problemas decorrentes da 2ª Guerra Mundial.

O Programa pode ser implantado como um plano estratégico e, com o passar do tempo, passa a ser incorporado à rotina da instituição, contribuindo para a qualidade e promovendo alterações de comportamento em todos os níveis hierárquicos (Volpato et al., 2009).

Os objetivos do Programa 5S são: melhorar o ambiente de trabalho; prevenir acidentes; incentivar a criatividade; reduzir custos; eliminar o desperdício; desenvolver o trabalho em equipe; melhorar as relações humanas e melhorar a qualidade de produtos e serviços.

A denominação 5S corresponde as iniciais de cinco palavras de origem japonesas e que significam:

- Seiri: descarte – separar o útil do inútil e eliminar o desnecessário.
- Seiton: arrumação – identificar e arrumar tudo, para que qualquer pessoa possa localizar facilmente.
- Seiso: limpeza – manter um ambiente sempre limpo, eliminando a sujeira e aprendendo não sujar.
- Seiketsu: saúde e higiene – manter um ambiente de trabalho favorável à saúde e higiene.
- Shitsuke: disciplina – fazer destas atitudes um hábito, transformando o 5S em um modo de vida.

Para a implantação do Programa 5S é necessário seguir alguns passos:

- Sensibilização da administração da instituição para que esta se envolva com a implantação do Programa.
- Definição da equipe de implantação e esta deve ter disponibilidade para conduzir o processo, orientar, esclarecer dúvidas e fazer visitas rotineiras de acompanhamento.
- A administração deve anunciar e enfatizar a importância da adoção do Programa 5S a toda a instituição, através de carta ou reunião.
- Treinamento da equipe de implantação através de literatura específica, cursos e visitas a outras instituições.
- Elaboração do planejamento, definição dos objetivos e das estratégias para atingi-los e os meios de verificação.
- Registrar, através de fotos ou filmagem, a situação atual de todas as áreas de trabalho da instituição.
- Convidar os funcionários da instituição para uma reunião e mostrar o compromisso e a disposição para implantar o Programa. Nesta reunião, pode iniciar o trabalho de conscientização dos funcionários, da importância do 5S para a melhoria do trabalho, explicar os objetivos, mostrar as vantagens e os benefícios do programa.
- Implantação do Programa, os funcionários serão treinados e as responsabilidades divididas. Em cada fase de implantação, os funcionários envolvidos devem se reunir para definir as atividades e esclarecer as dúvidas.
- A equipe organizadora deve planejar e se organizar para realizar visitas nas áreas de implantação do Programa. Nas visitas, os pontos positivos e os negativos devem ser apontados, pois o pessoal deve ser motivado a seguir as orientações. A equipe deve fazer um mapa de acompanhamento mensal para verificar os benefícios, os resultados e as mudanças.

5W2H

A metodologia 5W2H foi criada por profissionais da indústria automobilística japonesa e é constituída de sete palavras em inglês, sendo que cinco iniciam-se com W e duas com H. São elas: what (o que?), who (quem?), where (onde?), why (por quê?), when (quando?), how (como?), how much (quanto)

custa?). Através das sete questões podem-se fazer perguntas (Quadro 1) e explorar, exhaustivamente, o assunto (Maués, 1996).

É utilizada quando se torna difícil identificar a função a ser satisfeita e, também, as causas que dão origem aos efeitos observados. Assim, a ferramenta 5W2H permite solucionar o problema, descrevendo-o por escrito, como é sentido no momento e a forma que afeta o processo e as pessoas.

Após o diagnóstico dos problemas, deve ser realizado o planejamento das soluções e a implantação de um plano de ação, definindo as mudanças a curto, médio e longo prazo com a finalidade de melhoria no processo. Através destas sete questões pode-se explorar o tema em pauta, fazer o reconhecimento das causas dos problemas e implantar um plano de ação para corrigi-las (Maués, 1996).

O 5W2H é uma ferramenta que auxilia na análise e no conhecimento sobre um determinado processo, problema ou ação. Pode ser utilizado em três etapas:

- Diagnóstico: averiguar todo o processo para obter as informações necessárias e localizar as falhas.
- Plano de ação: elaborar um plano de ação para eliminar as falhas.
- Padronização: padronizar normas a fim de prevenir o reaparecimento de problemas.

A técnica, desta ferramenta, consiste em aplicar, sistematicamente, as sete perguntas sobre o processo a ser estudado e a ordem das perguntas pode ser alterada, de acordo com o estudo realizado.

Quadro 1 – Exemplo de perguntas realizadas durante o processo

What (O QUE?)	How (COMO?)
Que processo é este?	Como a atividade será executada?
Como conduzir este processo?	De que maneira?
Qual é o assunto?	O que deve ser medido?
Who (QUEM?)	How Much (QUANTO CUSTA?)
Quem conduz este processo?	Quanto custa realizar a mudança?
Qual a equipe responsável?	Quanto custa o processo atual?
	Qual é a relação custo/benefício?
Where (ONDE?)	Why (POR QUÊ?)
Onde o processo será conduzido?	Por que este processo é necessário?
Em que lugar?	Ele pode ser omitido?
When (QUANDO?)	
Quando será feito?	

Fonte: Volpato et al., 2009.

Desdobramento da Função Qualidade (QFD)

O QFD é uma ferramenta de planejamento da qualidade desenvolvida no Japão por Yoji Akao e Shiguero Mizuno, entre 1960 e 1965 (Cheng et al., 1985), visando ações de manutenção e melhoria da qualidade. Primeiramente, foi implantado nas indústrias com a finalidade de auxiliar no desenvolvimento de produtos e, atualmente, está presente em segmentos voltados à prestação de serviços de saúde,

principalmente, hospitais e serviços de enfermagem (Matsuda et al., 2000), assim o QFD pode ser considerado uma nova alternativa que vem sendo utilizada nos serviços de saúde (Cheng et al., 1995).

A ferramenta QFD é definida como um processo estruturado que procura avaliar a qualidade baseando-se na satisfação do usuário, envolvendo todos os membros da organização (Miguel e Weidmann, 1999) e transferindo para toda a instituição (Chaplin et al., 1999; Porto, 1999). O QFD procura identificar novos caminhos que conduzam a melhores processos de trabalho para garantir a qualidade, uma vez que a estrutura de uma organização influencia o desempenho dos profissionais e vice-versa. Dentro deste enfoque, é necessário resgatar o desempenho dos profissionais no setor de serviços de saúde, para que tenham disponível uma estrutura de trabalho adequada para atender as suas necessidades e de seus clientes (Porto, 1999; Matsuda et al., 2000).

Segundo Volpato et al. (2010), a aplicação do QFD envolve as seguintes etapas:

a) Definição da amostra

A aplicação do QFD depende do envolvimento dos usuários da instituição a ser analisada, uma vez que estes são fundamentais na verificação da qualidade, assim, é necessário ouvir suas opiniões e necessidades.

b) Definição da equipe multiprofissional

A equipe multiprofissional também é fundamental no processo de verificação da qualidade, pois são os responsáveis pela execução do serviço e devem ter suas necessidades e expectativas atendidas.

c) Identificação da qualidade exigida

Para identificar a qualidade exigida ou as necessidades dos usuários, pode ser aplicado um questionário para os usuários, adaptado de Matsuda et al. (2000), com duas questões abertas:

- Em sua opinião, como as pessoas que trabalham nos serviços de saúde devem ser para que o (a) senhor (a) sinta-se satisfeito (a) e bem atendido?
- O que ainda falta no atendimento deste serviço para que o (a) senhor (a) sinta-se plenamente satisfeito (a)?

d) Desdobramento da qualidade exigida

Os itens obtidos durante a identificação da qualidade exigida serão desdobrados em níveis e agrupados por afinidade (Quadro 2).

Quadro 2 – Exemplo de Desdobramento da Qualidade Exigida

Primário	Secundário	Terciário
Acesso	Agendar consultas	Facilidade para agendar consultas
	Encaminhar aos serviços especializados	Facilidade no encaminhamento
		Facilidade para agendar consultas nos serviços especializados
Recepção	Atendimento	Ágil
	Atenção	Cordial / Simpático / Atencioso

Fonte: adaptado de Matsuda et al. (2000).

e) Ranqueamento da qualidade exigida

A partir das informações coletadas através dos questionários identifica-se a qualidade exigida e elabora um novo questionário para ser aplicado aos usuários, contendo outras duas questões: uma relacionada ao grau de importância que o usuário atribui a cada uma das qualidades exigidas no serviço e outra mencionando como o usuário avalia cada um dos itens de qualidade exigida no serviço ofertado.

Os usuários devem responder as questões da seguinte maneira: primeiramente, devem ranquear cada uma das questões relacionadas com o grau de importância que o serviço possui, desta forma, os usuários atribuem valores de 1 a 5 de acordo com seu grau de satisfação aos serviços ofertados, onde: 1 – nenhuma importância, 2 – pouca importância, 3 – alguma importância, 4 – importante e 5 – muito importante. Na compilação dos dados deve ser realizada a média aritmética e o valor resultante descrito no campo GI (Grau de Importância) da Casa da Qualidade (Figura 11), determinando as qualidades exigidas mais importantes.

O mesmo procedimento deve ser realizado para a segunda questão, ou seja, cada um dos itens de qualidade referentes à importância que o usuário atribui ao serviço deve-se atribuir valores de 1 a 5, onde 1 – péssimo, 2 – ruim, 3 – regular, 4 – bom e 5 – ótimo. Os valores resultantes são obtidos pela média aritmética e serão utilizados no campo da Qualidade Planejada, descrita posteriormente.

f) Estabelecimento das características da qualidade

Depois de identificadas as qualidades exigidas, a equipe multiprofissional utiliza estas informações para definir as características de qualidade do serviço, ou seja, as características importantes aos profissionais. Assim, cada uma das qualidades exigidas corresponde a pelo menos uma característica da qualidade (Quadro 3).

Quadro 3 – Exemplo de estabelecimento das Características da Qualidade

Qualidade Exigida	Características da Qualidade
Facilidade para agendar consultas	Número de vagas oferecidas
	Número de profissionais

Fonte: adaptado de Matsuda et al. (2000).

g) Características da Qualidade mais significativas

Após determinar as características de qualidade, o profissional correlaciona, individualmente, as qualidades exigidas com as características de qualidade, respondendo a pergunta: “A característica atende as necessidades dos usuários?” e no interior de cada célula são utilizados os seguintes símbolos para determinar a correlação: forte, médio, fraco, inexistente (em branco).

A seguir, os dados são convertidos multiplicando o valor do símbolo (Quadro 4) pelo valor do Grau de Importância (fornecido pelo usuário) e o resultado deve ser registrado no interior de cada célula. Este procedimento foi realizado em todas as células que apresentaram algum símbolo.

Quadro 4 – Correlação da Qualidade Exigida

Correlação	Símbolos	Valor
Forte	r	9
Médio	m	3
Fraca	f	1
Inexistente	Em branco	0

Fonte: Matsuda et al. (2000).

h) Qualidade projetada

A qualidade projetada indica a ordem de importância das características da qualidade baseada nas necessidades dos usuários e fornece alvos técnicos aos profissionais.

Para estabelecer a qualidade projetada, os pesos absolutos e os pesos relativos das características da qualidade devem ser calculados.

O peso absoluto é calculado somando os valores das células referentes a cada uma das colunas das características de qualidade e o peso relativo através dos pesos absolutos, resultando em percentuais para cada característica e determinando as características mais importantes para melhorar nos serviços.

i) Qualidade planejada

Esta etapa indica a importância das qualidades exigidas e indicam estratégias de satisfação do usuário em relação ao serviço. Portanto, através da avaliação dos usuários, a qualidade planejada permite estabelecer melhorias em cada item da qualidade exigida.

A equipe multiprofissional estabelece o argumento técnico, ou seja, a importância de cada item de qualidade no serviço, atribuindo pesos de 1,0 (neutro), 1,2 (importante) e 1,5 (muito importante).

Para estabelecer o plano de melhoria, a equipe multiprofissional atribui valores de 1 a 5, sendo que o valor máximo é o ideal, aos itens de qualidade exigida de acordo com seu grau de importância no serviço.

A partir do plano de melhoria determinou-se:

- Índice de melhoria para cada um dos itens da qualidade exigida, ou seja, divide-se o plano pela avaliação do usuário;
- Peso absoluto, onde o grau de importância é multiplicado pelo índice de melhoria e pelo argumento técnico;
- Peso relativo que é o percentual de cada item avaliado.

j) Correlação das características da qualidade

Para finalizar a construção da Casa da Qualidade, a equipe multiprofissional correlaciona, entre si, as características da qualidade no telhado da matriz, esta correlação indica o quanto uma característica interfere com outra. Observa-se a correlação entre duas características, como mostra a Figura 11, através dos pesos: fortemente positiva (++), positiva (+), negativa (-) ou fortemente negativa (- -).

CARACTERÍSTICA DA QUALIDADE (COMO)		QUALIDADE PLANEJADA														
		(G) GRAU DE IMPORTÂNCIA	Aumentar prof. especializados	Qualificação profissional	Motivação profissional	Aderência ao tratamento	Resiliência*	Humanização no atendimento	Qualidade no atendimento	Aumentar prof. na USF	Fornecimento verbais e mat.	PLANO	ÍNDICE DE MELHORIA	ARGUMENTO TÉCNICO	PESO ABSOLUTO	PESO RELATIVO
Facilidade para agendar consulta		4,72				⊕	⊕	⊕	⊕			3	0,91	1,0	4,30	7,85
Facilidade para agendar tratamento especializado		4,70	⊕	⊕	⊕			⊕	⊕	⊕		2	0,65	1,2	3,66	6,70
Atendimento cordial e atencioso		4,68		⊕	⊕			⊕	⊕	⊕		2	0,43	1,5	3,01	5,50
Número de funcionários na USF		4,54		⊕				⊕	⊕	⊕	⊕	5	1,58	1,5	10,76	19,65
Número de funcionários no CEO (Centro Especialidades Odontológicas)		4,56	⊕	⊕	⊕			⊕	⊕	⊕		5	1,44	1,5	9,85	18,00
Facilidade para agendar tratamento especializado no CEO		4,56	⊕	⊕	⊕			⊕	⊕	⊕		4	1,16	1,5	7,93	14,50
Recursos disponíveis para promoção da saúde		4,44						⊕	⊕	⊕	⊕	4	1,21	1,2	6,45	11,80
Manutenção da USF		4,38						⊕	⊕	⊕		5	1,34	1,5	8,80	16,00
FORTE (9) ⊕	PESO ABSOLUTO		124,38	123,84	55,94	42,48	42,48	206,64	274,26	286,74	53,28		++ POSITIVO FORTE + POSITIVO - NEGATIVO -- NEGATIVO FORTE			
MÉDIO (3) ⊕	PESO RELATIVO		10,28	10,23	4,62	3,50	3,50	17,07	22,67	23,70	4,43					
FRACO (1) Δ	QUALIDADE PROJETADA		4	5	6	8	9	3	2	1	7					
													ARGUMENTO TÉCNICO: MUITO IMPORTANTE - 1,5 IMPORTANTE - 1,2 NEUTRO - 1,0			

Figura 11: Casa da Qualidade.
Fonte: Adaptação de Milan et al., 2003.

l) Avaliação

Os resultados devem ser levantados e analisados através da observação das informações contidas na matriz da Casa da Qualidade, uma vez que esta matriz representa a base do QFD. Todos os resultados fornecidos pela matriz devem ser apresentados e discutidos com a instituição submetida à avaliação.

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB)

O PMAQ, descrito detalhadamente no capítulo Avaliação em Saúde, foi criado pela Portaria nº 1654/GM/MS, em 2011, fruto da pactuação entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Apresenta como objetivo principal o incentivo aos gestores para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos na atenção básica (Brasil, 2011) e entre seus objetivos específicos estão aumentar o foco no usuário, através da maior participação e controle social, além de responsabilizar os profissionais pela melhoria das condições de saúde e satisfação do usuário (Brasil, 2012a).

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que formam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica: contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização (Brasil, 2012a).

A primeira fase consiste na adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores firmados entre Ministério da Saúde e gestores municipais e destes com as equipes de atenção básica, num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social (Brasil, 2012a).

Segundo o Ministério da saúde, os indicadores de contratualização estão limitados aos disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), único sistema que permite o acompanhamento individualizado das equipes de atenção básica e ainda possuem dados cadastrais da população adscrita a cada equipe (Brasil, 2011).

Na segunda fase ocorre o desenvolvimento conjunto de ações empreendidas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Essa fase está organizada em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional (Chimara et al., 2013).

A autoavaliação é realizada pelas próprias equipes de saúde, onde há o reconhecimento dos pontos positivos e problemáticos do trabalho, produzindo sentidos e significados carreados de potencialidade para o desenvolvimento de mudança e aprimoramento do programa, visando a melhoria da qualidade (Brasil, 2012a).

Para o processo de autoavaliação, o Ministério da Saúde disponibilizou, para uso da gestão e das equipes, o instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) que foi baseado no AMQ e é constituído por padrões de qualidade esperados quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações da atenção básica, sendo ferramenta de grande potencial pedagógico de caráter reflexivo e problematizador que possibilita a construção de soluções a partir da identificação de problemas (Brasil, 2012a).

A avaliação externa (terceira fase) prevê parcerias com instituições de ensino e pesquisa contratadas pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento dos trabalhos de campo que verificará o acesso e a qualidade nas equipes. Esta fase divide-se em quatro módulos: observação da unidade, entrevista com profissional da equipe, verificação de documentos da unidade e entrevista com o usuário (Brasil, 2012a). Nessa fase, ouvir os usuários através de entrevista visando à avaliação da satisfação e sua percepção quanto ao cuidado recebido, o acesso e a utilização do serviço é um fator relevante. São selecionados quatro usuários para responder o questionário em data previamente conhecida pela unidade. O questionário é composto pela identificação, avaliação do acesso (horário, possibilidade de escolha de equipes, avaliação da marcação de consulta, da atenção integral à saúde, de vínculo e responsabilização, coordenação do cuidado, visita domiciliar) e satisfação do usuário (existência de equipamentos e medicamentos necessários, condições de higiene, cuidado recebido da equipe de saúde, existência de mecanismos de participação e de ouvidoria municipal e do Ministério da Saúde) (Paiva, 2013).

O manual do PMAQ orienta que para a certificação das equipes alguns itens devem ser considerados: implementação da autoavaliação pelas equipes, equivalendo a 10% da certificação; resultados dos indicadores contratualizados, referentes a 20% da certificação e informações obtidas no processo de avaliação externa, equivale a 70% da certificação.

A quarta fase deve ocorrer após a certificação por meio da pactuação das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ (Brasil, 2012a).

A avaliação da atenção básica está dividida em quatro dimensões que se desdobram em 14 subdimensões, e estas, em padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade para a atenção básica, conforme demonstrado na Quadro 5.

Quadro 5 – Dimensões de avaliação da atenção básica.

Unidade de análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão Municipal	Implantação e implementação da atenção básica no município
		Organização e integração da rede de atenção à saúde
		Gestão do trabalho
		Participação, controle social e satisfação do usuário
	Gestão da Atenção Básica	Apoio institucional
		Educação permanente
		Monitoramento e avaliação
Equipe de atenção básica	Unidade básica de saúde	Infraestrutura e equipamentos
		Insumos, imunobiológicos e medicamentos
	Educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde	Educação permanente e qualificação das equipes de atenção básica
		Organização do processo de trabalho
		Atenção integral à saúde
		Participação, controle social e satisfação do usuário
		Programa saúde na escola

Fonte: Brasil, 2012b

O conceito de qualidade saúde, no PMAQ, é definido como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores (Campos, 2005).

Os padrões de qualidade referem-se a uma visão ampla do sistema e das ações em saúde. Refletem o foco da atenção básica no usuário, induzindo a transparência dos processos de gestão, a participação e

controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários (Campos, 2005; Chimara et al., 2013).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços de saúde devem rever seus valores tradicionais em relação aos profissionais e usuários e adotar mudanças para o planejamento da qualidade, pois os usuários estão mais exigentes e interessados no custo e na qualidade do serviço e, também, conscientes de seus direitos e deveres, além disso, consideram que a saúde e o cuidado em saúde com qualidade são direitos básicos e não privilégio para alguns.

O planejamento da qualidade nos serviços de saúde deve ser determinado através da percepção e das necessidades dos usuários e dos profissionais envolvidos no processo e, preferencialmente, com a utilização de ferramentas específicas e eficazes.

8. BIBLIOGRAFIA

- Bitencourt RJ, Hortale VA. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. *Ciê Saúde Colet*. 2007; 12(4): 929-34.
- Bowling A. Social research on health: sociological and psychological concepts and approaches. In: Bowling A. *Research methods in health: investigating health services*. Buckingham: Open University Press; 1997.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual brasileiro de acreditação hospitalar. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 [acesso 2015 fev 28]. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você. Acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Auto-avaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.
- Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005; 5(1): 63-9.

- Campos VF. TQC – Controle da qualidade total (no estilo japonês). 8. ed. Belo Horizonte: Desenvolvimento Gerencial; 1999.
- Caráp LJ. A satisfação do usuário como meta da gestão pela qualidade total: qual a sua real dimensão nos serviços de assistência médico-hospitalar: a experiência do Hospital Orêncio de Freitas [dissertação]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 1997.
- Carvalho CAP, Marsicano JA, Carvalho FS, Peres AS, Bastos JRM, Peres SHCS. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. *Arq Ciênc Saúde*. 2008; 15(2): 93-5.
- Chaplin E, Bailey M, Crosby R, Gorman D, Holland X, Hippe C, et al. Using quality function deployment to capture the voice of the customer and translate it into the voice of the provider. *Comm J Qual Improv*. 1999; 25(6): 300-15.
- Cheng LC. Planejamento da qualidade no TQC. In: Cheng LC, Scapin CA, Oliveira CA, Krafetuski E, Drumond FB, Boan FS, et al., organizadores. QFD: planejamento da qualidade. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni; 1995. p. 3-17.
- Chimara MB, Silva E, Pain E, Storopoli JE. Gestão do sistema de saúde do Município de São Paulo com base nos parâmetros de avaliação do PMAQ-AB: estudo de casos na microrregião de cidade Tiradentes. *Rev Gest Sist Saúde*. 2013; 2(2): 174-97.
- Damasceno RF, Souza LPS, Ruas MFL, Brito PA, Silva EA, Silva JLS. O acolhimento no contexto da estratégia saúde da família. *J Health Sci Inst*. 2012; 30(1): 37-40.
- Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bull*. 1992; 20(6): 975-92.
- Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(6): 1267-76.
- Fadel MAV, Regis Filho GI. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *Rev Adm Pública*. 2009; 43(1): 7-22.
- Franco SC, Campos GW. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14(1): 61-70.
- Gurgel Júnior GD, Vieira MME. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciênc. Saúde Colet*. 2002; 7(2): 325-34.
- Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. A satisfação do usuário. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14(3): 623-8.
- Lima ACS, Cabral ED, Vasconcelos MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(5): 991-1002.
- Lino MM. Satisfação profissional entre enfermeiras de UTI: adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction (IWS) [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.
- Lobos J. Qualidade através das pessoas. São Paulo: Instituto da Qualidade; 1991.
- Longo RMJ. Gestão da qualidade: evolução histórica, conceitos básicos e aplicação na educação [internet]. Brasília: IPEA; 1996 [acesso 2015 ago 20]. Disponível em: http://desafios2.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0397.pdf
- Martha SN, Gatti MAN, Vitta A, Simeão SFAP, Conti MHS, Saes SO, et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*. 2011; 30 (3): 159-77.
- Martins LFV, Meneghim MC, Martins LC, Pereira AC. Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais. *RFO UPF*. 2014; 19(2): 151-8.
- Matsuda LM, Évora YDM, Boan FS. O método desdobramento da função qualidade QFD – no planejamento do serviço de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2000; 8(5): 97-105.

- Maués LMF. Metodologia de organização interna e melhoria do processo produtivo em centrais de montagens de componentes: um estudo de caso [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1996.
- Mendes A, Tanaka O. Considerações sobre o IDSUS. Publicado em 2012 [acesso 2015 ago 12]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/IDSUS.pdf>.
- Miguel PAC, Weidmann A. Construção da casa da qualidade: exemplo didático para o ensino do desdobramento da função qualidade. *Rev Ens Eng*. 1999; 18(1): 41-50.
- Milan M, Barros JWD, Gava JL. Planning soil tillage using quality function deployment (QFD). *Sci Agric*. 2003; 60(2): 217-21.
- Nascimento RB, Filho NT, Barros FGF. Avaliação da qualidade dos serviços prestados nas unidades de informação universitárias. *Transinformação*. 2005; 17(3): 235-51.
- Neves SJA, Mota KM. Características específicas da implementação de estratégias de melhoria da gestão na área de saúde. *RAS*. 2002; 4(16): 33-8.
- Nóbrega MM, Lopes Neto D, Santos SR. Uso da técnica de brainstorming para tomada de decisões na equipe de enfermagem de saúde pública. *Rev Bras Enferm*. 1997; 50(2): 247-56.
- Nogueira LCL. Gerenciando pela qualidade total na saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Desenvolvimento Gerencial; 1999.
- Noronha J. IDSUS – Números sem epidemiologia: como prestar um desserviço ao SUS e aos bons gestores. Publicado em 2012 mar 02 [acesso 2015 ago 20]. Disponível em: <http://blogsaudefbrasil.com.br/2012/03/02/idsus-numeros-sem-epidemiologia-comoprestar-um-desservico-ao-sus-e-aos-bons-gestores/>
- Novaes MRCG, Lima ACV, Nogueira DY, Cerqueira F, Mello GF, Souza HS, et al. Estudo etnográfico e de satisfação de profissionais e usuários do Programa de Saúde da Família em Samambaia, Distrito Federal. *Comum Ciên Saúde*. 2010; 21(4): 289-300.
- Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: manual – cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde; 2009.
- Paiva MBP. Uma contribuição para um modelo de avaliação da Estratégia da Saúde da Família pela perspectiva do usuário [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
- Pinto VB. Informação: a chave para a qualidade total. *Ciên Inf*. 1993; 22(2): 133-7.
- Polizer R, D’Innocenzo M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(4): 548-51.
- Porto MBS. Avaliação de processo em hospitais: uma abordagem pelos princípios do QFD [dissertação]. Florianópolis: Faculdade de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.
- Rocha ESB, Trevizan MA. Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar. *Rev Latinoam Enferm*. 2009; 17(2): 240-5.
- Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC, organizador. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003.p. 28-49.
- Rosa CS, Peres AM, Maftum MA. Satisfação profissional da equipe de atendimento domiciliar terapêutico de uma unidade de referência ao portador de HIV/AIDS do estado do Pará. *Cogitare Enferm*. 2009; 14(2): 247-53.
- Santos LC. Projeto e análise de processos de serviços: avaliação de técnicas e aplicação em uma biblioteca [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
- Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciên Saúde Colet*. 2005; 10(3): 599-613.

- Vasconcellos PP. Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
- Vieira S. Estatística para a qualidade: como avaliar com precisão a qualidade em produtos e serviços. Rio de Janeiro: Elsevier; 1999.
- Volpato LF. Utilização de uma ferramenta para análise da qualidade nos serviços públicos de saúde [tese]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2014.
- Volpato LF, Meneghim MC, Pereira AC, Ambrosano GMB. Planejamento da qualidade nas unidades de saúde da família, utilizando o desdobramento da função qualidade (QFD). Cad Saúde Pública. 2010; 26(8): 1561-72.
- Volpato LF, Meneghim MC, Tengan C, Meneghim ZMAP. Avaliação da qualidade: a possibilidade do uso de uma ferramenta de avaliação no serviço de saúde pública. In: Pereira AC, organizador. Tratado de saúde coletiva em odontologia. Nova Odessa: Napoleão; 2009. p. 111-30.

CAPÍTULO 16 – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: INFORMAÇÕES A SERVIÇO DA PREVENÇÃO E CONTROLE DE PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA

Assahito Joel Sakamoto

Graduação em Odontologia pela FORP USP, Assistente Técnico de Saúde no DRS de Ribeirão Preto/ SES SP, Especialização em Serviços de Saúde Hospitalar pela Universidade Nove de Julho, Especialização Executiva em Saúde, Fundação Getúlio Vargas e Curso Osvaldo Cruz, Mestrando MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Evely Sartorti da Silva

Cirurgiã-dentista da Prefeitura de Jundiaí/ SP, Especialista em Periodontia – FOP/UNICAMP, Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP

Antonio Carlos Pereira

Mestre e Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP; Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP.

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos

Apresentar o sistema de vigilância epidemiológica brasileiro esclarecendo os aspectos constitutivos e atividades desenvolvidas pela mesma a fim de facilitar a compreensão de todo o processo desde a coleta dos dados até a retroalimentação deste sistema complexo que envolve tecnologia, informações, profissionais e gestores da saúde, estabelecimentos de saúde e população em geral.

Conteúdo Programático

1. Bases Históricas da Vigilância Epidemiológica
2. Conceitos e Objetivos da Vigilância Epidemiológica
3. Atividades da Vigilância Epidemiológica
 - 3.1. Coleta e consolidação de dados;
 - 3.1.1. Notificação Compulsória de Casos
 - 3.1.2. Definição de caso com propósito de vigilância
 - 3.1.3. Fontes de Dados Utilizados pela Vigilância Epidemiológica

- 3.1.4. Sistemas de Informação em Vigilância em Saúde
 - 3.1.4.1. Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN
 - 3.1.4.2. Outros sistemas de informação
- 3.2. Investigação de Casos, Emergências de Saúde Pública e Epidemias
 - 3.2.1. Inquérito epidemiológico
 - 3.2.2. Levantamento epidemiológico
 - 3.2.3. Sistemas sentinelas
- 3.3. Interpretação de dados e análise de informação
- 3.4. Recomendação e adoção de medidas de controle
- 3.5. Avaliação do sistema de vigilância epidemiológica
- 3.6. Retroalimentação e divulgação de informações
4. O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVE) e o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNEVE)
 - 4.1. Nível Local
 - 4.2. Nível Intermediário
 - 4.3. Nível Central
5. A Odontologia e a Vigilância Epidemiológica
 - 5.1. Vigilância de doenças e agravos ocasionados pelo exercício da Odontologia
 - 5.2. Estudos Epidemiológicos em Saúde Bucal
 - 5.2.1. Cárie Dentária
 - 5.2.2. Doença Periodontal
6. Experiência 1: Vigilância da Doença pelo Vírus Ebola (DVE)
7. Experiência 2: Vigilância da Febre Chikungunya
8. Considerações Finais

LEITURA OBRIGATÓRIA

Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Guia de vigilância epidemiológica. São Paulo: CVE; 2012. 656p. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde.

LEITURA COMPLEMENTAR

• Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática (capítulo de Vigilância). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. 596p.

Atividades Recomendadas:

1. O que se entende por vigilância epidemiológica?
 Marque como (O) o que podemos dizer que é objetivo da vigilância epidemiológica e o que é função(F).
 () Analisar e interpretar dados.
 () Avaliar eficácia e efetividade das medidas adotadas.

- () Fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde.
- () Coletar dados.
- () Disponibilizar informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos.
- () Processar dados coletados.
- () Promover as ações de controle.
- () Recomendar e implementar os programas de controle de doenças.
- () Detectar, precocemente, o aparecimento das doenças sob vigilância e realizar intervenção oportuna.
- () Recomendação das medidas de controle apropriadas.
 1. O que é notificação compulsória de casos, para que serve?
 2. Quem deve fazer a notificação das doenças?
 3. Quais dados e informações alimentam o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica?
 4. O que é Investigação epidemiológica?
 5. O que é um Sistema de Informação em Saúde e quais os principais sistemas utilizados na vigilância epidemiológica?
 6. O que é SINAN para que ele serve?
 7. É possível termos casos de Ebola no Brasil?
 8. Fazer um comparativo (diferenças e semelhanças) entre a febre Chikungunya e a Dengue
 9. Descreva uma experiência recente que mostre a atuação da Vigilância Epidemiológica em qualquer nível (local, estadual ou nacional), ou mesmo em sua cidade.

1. Bases Históricas da Vigilância Epidemiológica

No início do século XX, com o aprimoramento das bases científicas modernas da “Era Bacteriológica”, Oswaldo Cruz criou o modelo das campanhas sanitárias. A febre amarela foi a primeira doença de notificação obrigatória no Brasil. Em 1937, foi criada e registrada a primeira vacina eficaz contra febre amarela, conhecida como “vírus camarada”.

Foi na década de 50, durante a Campanha de Erradicação da Malária, que o termo “Vigilância Epidemiológica” passou a ser aplicado para o controle das doenças transmissíveis, originalmente tido como “a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos” (Fossaert et al., 1974).

No período que correspondeu aos anos de 1966 à 1973, ocorreu no Brasil a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV). A década de 60 ficou reconhecida como o marco da institucionalização das ações de vigilância no país, pela instituição de uma fase da vigilância epidemiológica na CEV (Teixeira e Risi Junior, 1999).

Em 1968, realizou-se a 21ª Assembleia Mundial de Saúde, onde se estabeleceu a abrangência do conceito de vigilância epidemiológica para além das doenças transmissíveis, as doenças não transmissíveis e agravos. Logo após, em 1969, foi organizado um Sistema de Notificação de Doenças que continha informações colocadas em um boletim epidemiológico quinzenal (Risi Junior, 1992).

Foi durante a 5ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, que o Ministério da Saúde instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), através da Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975 e Decreto 78.231/76 (Brasil, 1975, 1976; São Paulo, 2012).

Destacam-se os seguintes artigos da Lei 6.259/75:



Figura 1: Histórico da Vigilância Epidemiológica. **Fonte:** Adaptado de Rouquayrol, 1999

“Art. 9º – É obrigatório proceder a investigação epidemiológica pertinente à elucidação do diagnóstico e tomar medidas de controle cabíveis, no caso das doenças do elenco de Doenças de Notificação Compulsória (DNC)”.

No ano de 1977, o Ministério da Saúde elaborou o primeiro Manual de Vigilância Epidemiológica, no qual se encontravam as normas técnicas utilizadas para a vigilância de cada doença (Rouquayrol e Almeida Filho, 1999).

A promulgação da lei 8.080, que instituiu em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), teve importantes desdobramentos na área de vigilância epidemiológica. O texto oficializa o conceito de vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporciona 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).

A partir de 2003 até os dias de hoje, as atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças foram retiradas da Fundação Nacional da Saúde (Funasa) e inseridas, naquele momento, na recém-criada Secretaria de Vigilância da Saúde (SVS), que é responsável por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, pela vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e também pela análise de situação de saúde da população brasileira (Brasil, 2014d) (Figura 1).

2. Conceitos e Objetivos da Vigilância Epidemiológica

Por algum tempo prevaleceu a ideia de que a epidemiologia restringia-se ao estudo de epidemias de doenças transmissíveis. Hoje, é reconhecido que a epidemiologia, enquanto ciência, trata de qualquer evento relacionado à saúde (ou doença) da população, partindo do conhecimento dos fatos que a determinam e provendo, conseqüentemente, subsídios para a prevenção das doenças. A aplicação prática da epidemiologia nos serviços de saúde é feita sistematicamente pela Vigilância Epidemiológica (Buehler, 2011).

O termo vigilância pode se referir a duas conotações diferentes na área da saúde: a de observação de pessoas ou a observação de danos à saúde, visando à intervenção ou controle da situação encontrada. A vigilância de pessoas consiste na observação sistemática de alguns indivíduos, a fim de facilitar o pronto diagnóstico de infecções ou doenças a que podem ser acometidos (Benenson, 1987). A outra vertente da vigilância seria a vigilância da doença, definida como um sistema de análise e disseminação de informações relevantes para a prevenção e o controle de um problema de saúde pública (Pereira, 1995).

A partir de 2003, com a unificação de todas as ações de Vigilância, através da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) pelo Ministério da Saúde, a **vigilância em saúde** passa a ser entendida como “um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação 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” (Brasil, 2013a).

Sinteticamente, as funções da VE podem ser resumidas em “monitorização” e “controle”, onde o termo monitorização significa “acompanhar e avaliar” ou “controlar mediante acompanhamento” (Brasil, 2005a).

Podemos pontuar como objetivos específicos da VE: **Informar** sobre a magnitude e a distribuição dos agravos à saúde na população, usualmente em termos de morbidade e mortalidade; **Recomendar** ou iniciar ações oportunamente, a fim de circunscrever o problema, se possível na fase inicial de expansão, reduzir os seus níveis de morbidade e mortalidade, ou até mesmo eliminar o agravo à saúde na localidade; e **Avaliar** medidas de saúde pública (Pereira, 1995) (Figura 2).



Figura 2: Objetivos da Vigilância Epidemiológica

Fonte: Adaptado de Brasil (2015c); Poder Judiciário de Mato Grosso (2015); Bacelar e Cambricoli (2015).

3. Atividades da vigilância epidemiológica (Brasil, 2005a)

1. Coleta e consolidação de dados;
2. Investigação epidemiológica;
3. Interpretação de dados e análise de informação;
4. Recomendação e adoção de medidas de controle;
5. Avaliação do sistema de vigilância epidemiológica; e
6. Retroalimentação e divulgação de informações.

3.1. Coleta e Consolidação de Dados

Para que haja dados disponíveis no sistema de Vigilância Epidemiológica, é preciso que o mesmo seja alimentado, quer seja por dados já disponíveis de outras fontes, ou de fontes criadas especificamente para este fim, coletados em todos os níveis de atuação do sistema de saúde (privado e público). A força e o valor da informação (dado trabalhado) dependem da qualidade e fidedignidade com que os dados são gerados e coletados, bem como da sua representatividade em relação ao problema existente.

A credibilidade do sistema de notificação depende, em grande parte, da capacidade dos serviços locais de saúde – que são responsáveis pelo atendimento dos casos – diagnosticarem corretamente as doenças e agravos. Para isso, os profissionais deverão estar tecnicamente capacitados e dispor de recursos complementares para a confirmação da suspeita clínica. Diagnóstico e tratamento, feitos corretos e oportunamente, asseguram a confiança da população em relação aos serviços, contribuindo para a eficiência do sistema de vigilância (Brasil, 2009).

3.1.1. Notificação Compulsória de Casos

Notificação compulsória pode ser definida como uma comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada por médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde,

públicos ou privados que prestam assistência ao paciente, responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa, ou por qualquer cidadão que tenha conhecimento sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravamento ou evento de saúde pública, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes (Brasil, 1976 e 2014a).

Os parâmetros para inclusão de doenças e agravos na lista de notificação compulsória devem obedecer aos critérios a seguir:

- a) **Magnitude** – aplicável a doenças de elevada frequência, que afeta grandes contingentes populacionais e se traduzem por altas taxas de incidência, prevalência, mortalidade e anos potenciais de vida perdidos.
- b) **Potencial de disseminação** – representado pelo elevado poder de transmissão da doença, através de vetores ou outras fontes de infecção, colocando sob risco a saúde coletiva.
- c) **Transcendência** – expressa-se por características subsidiárias que conferem relevância especial à doença ou agravamento, destacando-se: severidade, medida por taxas de letalidade, de hospitalização e de sequelas; relevância social, avaliada, subjetivamente, pelo valor imputado pela sociedade à ocorrência da doença, e que se manifesta pela sensação de medo, de repulsa ou de indignação; e relevância econômica, avaliada por prejuízos decorrentes de restrições comerciais, redução da força de trabalho, absenteísmo escolar e laboral, custos assistenciais e previdenciários, entre outros.
- d) **Vulnerabilidade** – medida pela disponibilidade concreta de instrumentos específicos de prevenção e controle da doença, propiciando a atuação efetiva dos serviços de saúde sobre indivíduos e coletividades.
- e) **Compromissos internacionais** – relativos ao cumprimento de metas continentais ou mundiais de controle, de eliminação ou de erradicação de doenças, previstas em acordos firmados pelo governo brasileiro com organismos internacionais.
- f) **Regulamento Sanitário internacional** – As doenças que estão definidas como de notificação compulsória internacional são incluídas, obrigatoriamente, nas listas de todos os países membros da OMS. Ex.: cólera, peste e febre amarela, entre outros eventos.
- g) **Epidemias, surtos e agravos inusitados** – Todas as suspeitas de epidemias ou de ocorrência de agravamento inusitado devem ser investigadas e imediatamente notificadas aos níveis hierárquicos superiores, pelo meio mais rápido de comunicação disponível. Mecanismos próprios de notificação devem ser instituídos, definidos de acordo com a apresentação clínica e epidemiológica do evento (Rouquayrol e Almeida Filho, 1999; Brasil, 2005a).

A Notificação Compulsória pode ser feita imediata ou semanalmente, através de formulários eletrônicos no site do Ministério da Saúde, em papel ou mesmo ligação ao serviço de notificação. A notificação compulsória imediata (NCI) é realizada em até vinte e quatro horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravamento ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível, e a notificação compulsória semanal (NCS), pode ser realizada em até sete dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravamento.

A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informá-la, em até 24 (vinte e quatro) horas desse recebimento, às demais esferas de gestão do SUS, o conhecimento de qualquer uma das doenças ou agravos constantes da Lista Nacional de Notificação Compulsória (Anexo 1).

A notificação compulsória semanal será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de doença ou agravamento de notificação compulsória. Caso não tenha sido identificado nenhuma doença, agravamento ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória durante a semana epidemiológica, deve haver uma comunicação rea-

lizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, denominada **Notificação Compulsória Negativa** (Brasil, 2014a).

Historicamente, a notificação compulsória tem sido a principal fonte de dados da vigilância epidemiológica, fornecendo um ponto de partida para a investigação de doenças e agravos dentro da comunidade, familiares e vizinhos da localidade. Também podem apontar as falhas das medidas de controle implantadas, quando da investigação dos casos. E ainda, em associação à outras investigações como exames laboratoriais e atestados de óbito, podem fornecer elementos necessários para compor indicadores da doença na comunidade e impacto das medidas de controle (Pereira, 1995).

3.1.2. Definição de caso com propósito de vigilância

A definição de caso é importante para a uniformização do conceito, com o objetivo de possibilitar a comparação entre sua ocorrência em diferentes áreas geográficas e épocas.

Eles podem ser classificados como:

- a) **Caso suspeito:** Pessoa cuja história clínica e epidemiológica, sintomas e possível exposição a uma fonte de infecção/contaminação sugerem estar desenvolvendo ou em vias de desenvolver alguma doença.
- b) **Caso confirmado:** Pessoa ou animal de quem foi isolado e identificado o agente etiológico ou de quem foram obtidas outras evidências epidemiológicas ou laboratoriais da presença do agente etiológico. A confirmação do caso está condicionada, sempre, à observância dos critérios estabelecidos, para a sua definição, pelo sistema de vigilância.
- c) **Caso descartado:** Pessoa que não preenche os critérios de confirmação e compatibilidade; ou para a qual é diagnosticada outra patologia que não aquela que se está apurando (Brasil, 2005a).

3.1.3. Fontes de Dados Utilizados pela Vigilância Epidemiológica

- a) **Dados demográficos, ambientais e socioeconômicos:** Permitem quantificar grupos populacionais, com vistas à definição de denominadores para o cálculo de taxas. O número de habitantes, de nascimentos e de óbitos deve ser discriminado segundo características de sua distribuição por sexo, idade, situação do domicílio, escolaridade, ocupação, condições de saneamento, entre outras.
- b) **Dados de morbidade:** São os mais utilizados em vigilância epidemiológica, por permitirem a detecção imediata ou precoce de problemas sanitários. Correspondem à distribuição de casos segundo a condição de portadores de infecções ou de patologias específicas, como também de sequelas.
- c) **Dados de mortalidade:** São muito úteis para analisar a gravidade dos fenômenos vigiados, sendo mais úteis que os dados de morbidade nos casos de doenças de maior letalidade, por se referirem a dados vitais bem marcantes e razoavelmente registrados. Eles provêm de declarações de óbitos registradas e coletadas pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde (Brasil, 2009).
- d) **Dados de ações de controle de doenças e de serviços de saúde:** São dados obtidos na operacionalização e execução de medidas de controle, incluindo, por exemplo, número de doses de vacinas aplicadas [Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)], índice de infestação predial (Programa Nacional de Controle de Dengue), percentual de residências visitadas e outros. Esses dados são provenientes dos serviços de saúde e de órgãos que fornecem informações de interesse para a vigilância epidemiológica (Brasil, 2005a).
- e) **Resultados de Laboratório:** Os resultados laboratoriais vinculados à rotina da vigilância epidemiológica complementam o diagnóstico de confirmação de casos e, muitas vezes, servem como fonte de conhecimento de casos ou de eventos que não foram notificados. Também devem ser incorporados os dados de correntes de estudos epidemiológicos especiais, realizados pelos laboratórios de saúde pública em apoio às ações de vigilância.

- f) **Bancos de Sangue:** Os bancos de sangue constituem uma importante fonte de informação sobre morbidade, especialmente em cidades de grande porte, onde um enorme contingente de pessoas é examinado nos bancos de sangue.
- g) **Dados de uso de produtos biológicos, farmacológicos, químicos (intoxicações exógenas):** A coleta de dados sobre o uso de certos produtos, como medicamentos, vacinas, soros, agrotóxicos, podem complementar informações rotineiras sobre a morbidade. Há vários níveis onde podem ser buscadas informações sobre a aquisição do produto, sua distribuição ou utilização pela população.
- h) **Notícias de Jornais e de Outros Meios de Comunicação:** Muitas vezes, informações oriundas da imprensa e da própria comunidade são fontes importantes de dados, devendo ser sempre consideradas para a realização da investigação pertinente. Podem ser o primeiro alerta sobre a ocorrência de uma epidemia ou agravo inusitado, principalmente quando a vigilância em determinada área é insuficientemente ativa (Pereira, 1995).

3.1.4. Sistemas de Informação em Vigilância em Saúde

É o mecanismo de coleta, ordenação, processamento de dados, análise e transmissão de informações necessárias para se organizar e operar os serviços de saúde; e para o planejamento com vistas ao controle de doenças e promoção, proteção e recuperação da saúde.

3.1.4.1. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

É um sistema de âmbito nacional indispensável para as atividades de Vigilância Epidemiológica. Foi desenvolvido entre 1990 e 1993 no intuito de solucionar as dificuldades do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças (SNCD), e substituí-lo. Tem como objetivo padronizar a coleta e o processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo país, fornecendo informações para a análise do perfil de morbidade, que contribuem para a tomada de decisão no âmbito municipal, estadual e federal.

Em 22 de novembro de 2005, o Ministério da Saúde através da Secretaria de Vigilância em Saúde publica uma Instrução Normativa de nº 2 que regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica com relação à coleta, o fluxo (Figura 3) e a periodicidade do envio das notificações compulsórias (Figura 4) (Brasil, 2005b).

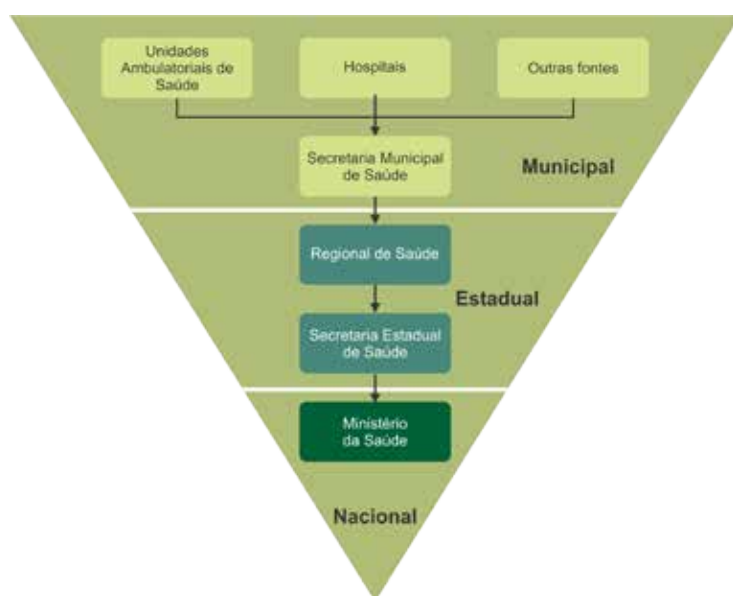


Figura 3: Fluxo do Sistema de Informação (SINAM).
Fonte: Adaptado do SVS (Brasil, 2005b)



Figura 4: Periodicidade para o envio dos arquivos de transferência do SINAN
 Fonte: Adaptado do SVS (Brasil, 2005b)

O SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória publicada pela Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 (Anexo 1), mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região (Brasil, 2007b, 2009).

3.1.4.2. Outros sistemas de informação

a) SIM – Sistema de Informações de Mortalidade

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área, produção de estatísticas de mortalidade, construção dos principais indicadores de saúde análises estatísticas, epidemiológicas e sociodemográficas.

Uma das funcionalidades do SIM é proporcionar a declaração de óbito informatizada; geração de arquivos de dados em várias extensões para análises em outros aplicativos e retroalimentação das informações ocorridas em municípios diferentes da residência do paciente. Utiliza transmissão de dados automatizada utilizando a ferramenta Sisnet gerando a tramitação dos dados de forma ágil e segura entre os níveis municipal > estadual > federal.

b) SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos

É um sistema que visa reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. Servirá para subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS);

O acompanhamento da evolução das séries históricas do SINASC permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efetiva melhoria do sistema, a declaração de nascimento informatizada.

c) SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

O SIASUS foi criado em 1992 e implantado a partir de julho de 1994, nas Secretarias Estaduais de Saúde e em 1996 foi largamente implantado nas Secretarias Municipais de Saúde. Foi criado com o objetivo de receber as transcrições de produção do Boletim de Produção ambulatorial (BPA) e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade. Mensalmente, estes dados são enviados pelos gestores para o DATASUS, que gera arquivos para tabulação (Brasil, 2015b).

d) SIHSUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) constitui importante fonte de informações das doenças que requerem internação. Embora não tenha sido concebido sob a lógica epidemiológica, mas com o propósito de operar o sistema de pagamento das internações hospitalares, o SIH conta com um detalhado banco de dados sobre o atendimento, o diagnóstico da internação, a condição da alta, os valores pagos e outros.

Também pode ajudar na elaboração de indicadores como: tempo médio de permanência geral ou específico; mortalidade hospitalar geral, por causa ou por procedimento; e outros.

e) Sistema de Avaliação do Programa de Imunização (SI-API)

As informações sobre coberturas vacinais do Programa Nacional de Imunizações (PNI) resultam dos dados enviados pelas unidades de saúde, seguindo o fluxo – Município Estado SVS, por meio do Sistema de Avaliação do PNI, SI-API. O Sistema possibilita a avaliação do Programa, em todas as instâncias, por imunobiológico e por faixa etária, emitindo relatórios de doses aplicadas, cobertura vacinal, taxa de abandono e homogeneidade de cobertura por Município. Dispõe, também, de ferramentas para validação dos dados coletados, mediante a verificação sistemática da integração das bases de dados (Brasil, 2005a).

f) e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional, cuja ação está alinhada com a proposta de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde. A qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. (Brasil, 2015a).

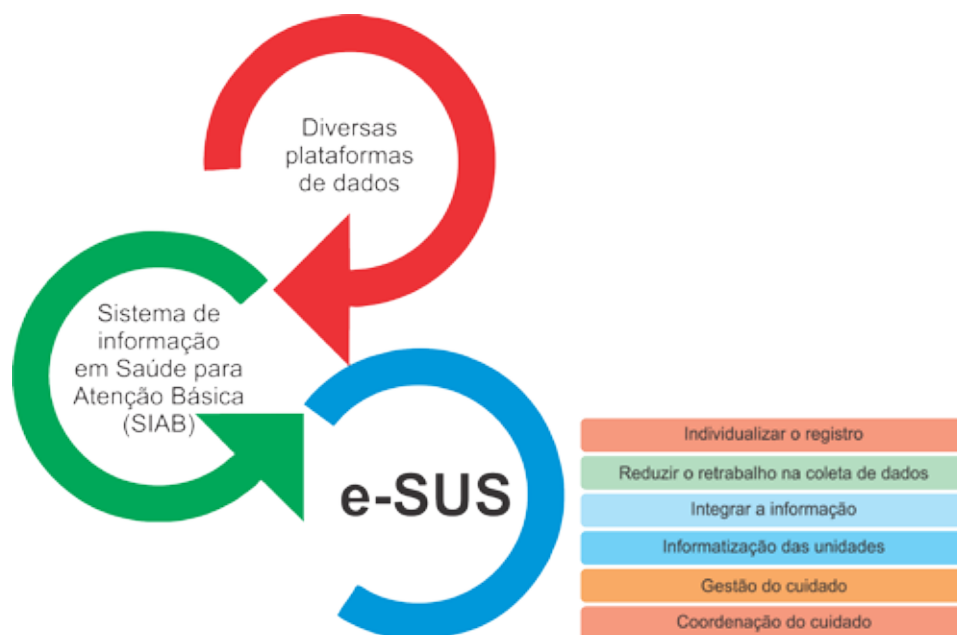


Figura 5: Estratégia e vantagens do e-SUS na AB. Fonte: Adaptado do Manual e-SUS (Brasil, 2014b) Fonte: Tavares, 2014.

Este sistema fará o registro das informações em saúde de forma individualizada, permitindo o acompanhamento do histórico de atendimentos de cada usuário, assim como da produção de cada profissional da Atenção Básica. Outro ponto importante é a integração dos diversos sistemas de informação oficiais existentes na Atenção Básica, reduzindo a necessidade de registrar informações similares em mais de um instrumento (fichas/sistemas), o que otimiza o trabalho dos profissionais e o uso da informação para gestão e qualificação do cuidado em saúde (Brasil, 2014b).

Além das equipes da Estratégia de Saúde da Família, o e-SUS AB poderá ser utilizado pelos profissionais das seguintes equipes:

Oferecendo:

- Maior agilidade do atendimento e menor tempo de espera;
- Acompanhamento dos atendimentos na UBS;
- Flexibilidade para as diferentes estruturas dos municípios;
- Avaliação e acompanhamento dos trabalhos das equipes (Brasil, 2014b).

g) Vigitel

Vigitel é um sistema de monitoramento de “fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis” (DCNT) por meio de inquérito telefônico. Tem os objetivos de medir a prevalência de fatores de risco e proteção para doenças não transmissíveis na população brasileira e subsidiar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Teve o seu início em 2006 com a parceria da SVS/MS (Secretaria da Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde) e NUPENS/USP (Núcleo de pesquisas epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo) e é realizado anual e continuamente.

Dentre as condições de saúde e doenças crônicas, pesquisadas pelo Vigitel estão:

- Adultos que autorreferem hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia por sexo;
- Prevalência de hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia por faixa etária;
- Detecção precoce e prevenção de câncer;
- Mulheres que nos últimos três anos realizaram Papanicolau;

A partir da implantação desse sistema, em 2006, a vigilância passou a dispor de informações a respeito da distribuição desses fatores na população adulta com 18 anos ou mais residente nas 26 capitais do país incluindo-se aqui o Distrito Federal, embasando a elaboração de políticas de saúde específicas, de acordo com a situação de saúde da população. A vigilância de fatores de risco de DCNT pelo VIGITEL tem se constituído uma ferramenta epidemiológica relevante para apoiar políticas de promoção à saúde e prevenção das DCNT (Brasil, 2012b, 2013b e 2014e; Moura et al., 2008).

Em 2014 o resultado da pesquisa do Vigitel mostrou um crescimento no número de pessoas com excesso de peso e obesidade em relação ao ano de 2006, com maior ocorrência nas mulheres. Em relação às dislipidemias as mulheres apresentaram valores maiores para colesterol do que os homens, aumentando com a idade para ambos os gêneros. Entre os jovens, na faixa etária de 18 à 24 anos, 6,8% já apresentaram colesterol alto. Em relação ao tabagismo a pesquisa mostrou que 11,3% da população é fumante, sendo que 3,4% são considerados fumantes pesados (fumam 20 ou mais cigarros por dia). O hábito é mais prevalente entre os homens e aproximadamente 10% da população, apesar de não ter o hábito de fumar, participa passivamente em casa ou no ambiente profissional.

Positivamente, a pesquisa de 2014 também apresentou um crescimento no número de pessoas que realizam atividades físicas, sendo estas atividades um fator fundamental de proteção para doenças crônicas como câncer, hipertensão, diabetes e obesidade. Em relação à alimentação, também houve um aumento no consumo de frutas e hortaliças na mesa da população brasileira, sendo que as mulheres consomem maior quantidade (Brasil, 2013b, 2014e).

3.2. Investigação de Casos, Emergências de Saúde Pública e Epidemias

Alguns casos notificados são objeto de pesquisa, domiciliar ou institucional. As doenças de maior gravidade ou de baixa incidência, especialmente quando objeto de programas de erradicação e controle (poliomielite, sarampo e malária em algumas regiões), são as mais adequadas para a investigação de casos individuais. Esta segue uma rotina preestabelecida, e o pessoal responsável é especialmente treinado para a tarefa. Os seus objetivos são os de confirmar o diagnóstico, seguir a cadeia epidemiológica, identificar os contatos e proteger os suscetíveis na tentativa de bloquear a transmissão. O trabalho de campo, durante a investigação de casos isolados ou no decurso de epidemias, faz aparecer numerosos outros casos que permaneceriam desconhecidos. É utilizada na ocorrência de casos isolados e também em emergências, surtos e epidemias.

3.2.1. Inquérito epidemiológico

O inquérito epidemiológico é um **estudo seccional**, geralmente realizado em amostras da população, levado a efeito quando as informações existentes são inadequadas ou insuficientes, em virtude de diversos fatores, dentre os quais se podem destacar: notificação imprópria ou deficiente; mudança no comportamento epidemiológico de uma determinada doença; dificuldade na avaliação de coberturas vacinais ou eficácia de vacinas; necessidade de se avaliar eficácia das medidas de controle de um programa; descoberta de agravos inusitados.

3.2.2. Levantamento epidemiológico

É um estudo realizado com base nos dados existentes nos registros dos serviços de saúde ou de outras instituições. Não é um estudo amostral e destina-se a coletar dados para complementar informações já existentes. A recuperação de séries históricas, para análises de tendências, e a **busca ativa de casos**, para aferir a eficiência do sistema de notificação, são exemplos de levantamentos epidemiológicos (Brasil, 2009).

3.2.3 Sistemas sentinelas

Para intervir em determinados problemas de saúde, pode-se lançar mão de sistemas sentinelas de informações capazes de monitorar indicadores chaves na população geral ou em grupos especiais, que sirvam de alerta precoce para o sistema de vigilância (Brasil, 2009). Dentre vários tipos desses sistemas, estão as redes constituídas de fontes sentinelas de notificação especializadas utilizadas para acompanhamento e vigilância da situação de câncer e de influenza.

Outra técnica é baseada na ocorrência de evento sentinela. Evento sentinela é a detecção de doença previsível, incapacidade, ou morte inesperada, cuja ocorrência serve como um sinal de alerta de que a qualidade terapêutica ou prevenção deve ser questionada. Entende-se que, toda vez que isso ocorre, o sistema de vigilância deve ser acionado para que o evento seja investigado e as medidas de prevenção adotadas (Brasil, 2009).

3.3. Interpretação de Dados

Os dados coletados representam pouco se não tabulados, organizados e transformados em INFORMAÇÃO. São ordenados de acordo com as características da pessoa, lugar e tempo, tipo de doença ou evento

investigado, comparação com outros períodos semelhantes, cálculo de coeficientes como incidência, prevalência, letalidade e mortalidade, que permitam uma melhor comparação das ocorrências. Desta forma, o dado passa a ser uma informação útil, capaz de orientar a adoção das medidas de controle (Brasil, 2005a).

3.4. Recomendações e medidas de controle

A definição de normas técnicas é imprescindível para a uniformização de procedimentos e a comparação de dados e informações produzidos pelo sistema de vigilância. Essas normas devem primar pela clareza e constar de manuais, ordens de serviço, materiais instrucionais e outros, disponíveis nas unidades do sistema.

As normas técnicas têm de estar compatibilizadas em todos os níveis do sistema de vigilância, para possibilitar a realização de análises consistentes, qualitativa e quantitativamente. Nesse sentido, a adaptação das orientações de nível central, para atender realidades estaduais diferenciadas, não deve alterar as definições de caso, entre outros itens que exigem padronização. O mesmo deve ocorrer com as doenças e agravos de notificação estadual exclusiva, em relação às normas de âmbito municipal (Brasil, 2009).

3.5. Avaliação dos Sistemas de Vigilância Epidemiológica

A manutenção em funcionamento de um sistema de vigilância envolve variadas e complexas atividades, que devem ser acompanhadas e avaliadas continuamente, com vistas a aprimorar a qualidade, eficácia, eficiência e efetividade das ações. A avaliação do sistema presta-se, ainda, para demonstrar os resultados obtidos com a ação desenvolvida, que justifiquem os recursos investidos em sua manutenção.

Se expressa a importância de um problema de saúde pública pelos seus indicadores de morbidade, mortalidade, incapacidade e custos atribuídos. Nesse sentido, o reconhecimento da função de vigilância decorre, em última análise, da capacidade demonstrada em informar com precisão, a cada momento, a situação epidemiológica de determinada doença ou agravo, as tendências esperadas, o impacto das ações de controle efetivadas e a indicação de outras medidas necessárias. Os resultados do conjunto de ações desenvolvidas no sistema são também medidos pelos benefícios sociais e econômicos decorrentes, em termos de vidas poupadas, casos evitados, custos assistenciais reduzidos (Brasil, 2009).

As avaliações periódicas devem ocorrer em todos os níveis do sistema, contendo os seguintes itens: Atualidade da lista de doenças e agravos mantidos no sistema; Pertinência das normas e instrumentos utilizados; Cobertura da rede de notificação e participação das fontes que a integram; Funcionamento do fluxo de informações; Abrangência dos tipos de dados e das bases informacionais utilizadas; Organização da documentação coletada e produzida; Investigações realizadas e sua qualidade; Informes analíticos produzidos em quantidade e qualidade; Retroalimentação do sistema quanto a iniciativas e instrumentos empregados; Composição e qualificação da equipe técnica responsável; Interação com as instâncias responsáveis pelas ações de controle; Interação com a comunidade científica e centros de referência; Condições administrativas de gestão do sistema e, finalmente, Custos de operação e manutenção (Brasil, 2005a).

3.6. Retroalimentação do Sistema

A resposta dada aos informantes do sistema de Vigilância Epidemiológica é dada o nome de retroalimentação do Sistema. Isso acontece na forma de boletins periódicos que são remetidos às fontes, contendo informações que vão desde a simples consolidação dos dados coletados até as análises epidemiológicas com-

plexas relacionadas com as ações de controle. Estes informes devem retratar a situação em nível local, regional, estadual, macrorregional ou nacional. Além do estímulo aos profissionais de saúde e líderes da comunidade que participam ativamente do sistema, as informações são úteis para a mídia jornalística, podendo gerar apoio institucional e material para investigação de eventos sanitários. A retroalimentação do sistema pode gerar ainda a coleta de subsídios para reformular normas e ações nos seus diversos níveis, assegurando continuidade e aperfeiçoamento do processo (Centers for Diseases Control and Prevention, 1989).

4. O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE)

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) é um subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS), que direta ou indiretamente, notificam doenças e agravos, prestam serviços a grupos populacionais ou orientam a conduta a ser tomada no controle das mesmas.

A implantação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 06 de novembro de 1996, que instituiu a Programação da Pactuação Integrada de Vigilância em Saúde (PPI-VS) definiu requisitos mínimos de eficiência e atividades a serem desenvolvidas e cumpridas pelos municípios (Brasil, 1996).

Na Portaria GM/MS n. 1.172/04 estão definidas as responsabilidades de cada uma das três esferas de governo, cabendo ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), estabelecer anualmente as metas e ações a serem desenvolvidas por unidade federada (Brasil, 2004a).

As competências de cada um dos níveis do sistema de saúde (municipal, estadual e federal) abarcam todo o espectro das funções de vigilância epidemiológica, porém com graus de especificidade variáveis. As ações executivas são inerentes ao nível municipal e seu exercício exige conhecimento analítico da situação de saúde local. Por sua vez, cabe aos níveis nacional e estadual conduzirem ações de caráter estratégico, de coordenação em seu âmbito de ação e de longo alcance, além da atuação de forma complementar ou suplementar ao demais níveis (Medronho et al., 2009).

De acordo com os princípios e diretrizes do SUS, as ações e atividades do SNVE estão sendo repassadas aos níveis descentralizados do sistema, de modo gradual, sendo organizados em três níveis hierárquicos (Figura 6).



Figura 6: Níveis Hierárquicos de Gestão
Fonte: Adaptado de Medronho et al. (2009).

4.1. Nível Local:

Centro e postos de saúde; Conselho Municipal de Saúde; hospitais; igrejas; escolas.

Neste nível acontece a parte operativa do sistema que é realizada pelos profissionais de saúde que atendem e têm o contato direto com os pacientes. São eles que realizam o diagnóstico, imunização, tratamento, aconselhamento ou encaminhamento a outras unidades.

Aqui é realizada a busca ativa dos casos atendendo pacientes que buscam os seus serviços nas Unidades de Saúde. Estes atendimentos se materializam na formação de um banco de dados, que serão selecionados pela vigilância epidemiológica, conforme o agravo à saúde.

Recebem-se as notificações, sendo a seguir examinadas, investigadas conforme as prioridades reúnem-se os dados, sendo após, submetidos a um processo rotineiro de análise, interpretação e decisão sobre as ações a serem tomadas. Dados computados são enviados para o segundo nível (Pereira, 1995).

4.2. Nível Intermediário (Regional ou Estadual): Secretaria Estadual de Saúde/Conselho Estadual de Saúde.

Este nível é responsável pela supervisão e apoio técnico aos municípios. O órgão estadual, com sua equipe de epidemiologistas será responsável em analisar e sintetizar os dados recebidos dos municípios. Deverão também coordenar, estimular, recomendar, difundir e avaliar o que está sendo feito para assim, encaminhar para o terceiro nível.

4.3. Nível Central ou Nacional: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde

Neste nível, o Ministério da Saúde, que através dos seus técnicos garantem o funcionamento de todo o sistema com qualidade. Aqui são traçadas as linhas de atuação, unificação de procedimentos, liberação de recursos, acompanha tendências e faz diagnósticos globais. O nível central é quem se relaciona com as instituições internacionais. O Programa Ampliado de Imunização (PAI) é um exemplo de aplicação nacional das formulações mais gerais, produzidas em nível internacional (Pereira, 1995).

A eficiência do SNVE depende do desenvolvimento harmônico das funções realizadas nos diferentes níveis. Quanto mais capacitada e eficiente a instância local, mais oportunamente poderão ser executadas as medidas de controle. Os dados e informações aí produzidos serão, também, mais consistentes, possibilitando melhor compreensão do quadro sanitário estadual e nacional e, portanto, o planejamento adequado da ação governamental. Nesse contexto, as intervenções oriundas do nível estadual e, com maior razão, do federal tenderão a tornarem-se seletivas, voltadas para questões emergenciais ou que, pela sua transcendência, requerem avaliação complexa e abrangente, com participação de especialistas e centros de referência, inclusive internacionais (Paim e Teixeira, 1992).

As Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde estabelecem um conjunto de atividades e metas, discutidas e acordadas entre a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), relativo a área de vigilância, prevenção e controle de doenças e ações básicas de vigilância sanitária. Essas ações estão agrupadas nos seguintes módulos: notificação de doenças e agravos; investigação epidemiológica; diagnóstico laboratorial de agravos de saúde pública; vigilância ambiental; vigilância de doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses; controle de doenças; imunizações; monitorização de agravos de relevância epidemiológica; divulgação de informações epidemiológicas; elaboração de estudos e pesquisas em epidemiologia; alimentação e manutenção de sistemas de informação; acompanhamento das atividades programadas (Brasil, 2007a; São Paulo, 2012).

5. A Odontologia e a Vigilância Epidemiológica

5.1. Vigilância de doenças e agravos ocasionados pelo exercício da Odontologia

O cirurgião-dentista encontra-se exposto a diversos riscos na sua prática clínica diária, e para tanto é necessário para minimizar, prevenir ou reduzir estes riscos a adoção de medidas de precauções-padrão, criadas e apoiadas pelo Conselho Federal e alguns Conselhos Regionais de Odontologia da Federação e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

A prevenção de contaminações e infecções durante o atendimento no consultório se tornou de importante discussão nos manuais criados para nortear a prática no sentido de prevenir a contaminação, independente de diagnóstico confirmado ou presumido de doença infecciosa transmissível. Um fator muito importante a ser considerado pelos cirurgiões dentistas são as vias de transmissão das doenças, uma vez que o ambiente odontológico, pelas suas particularidades, possibilita que o ar seja uma via potencial de transmissão de microorganismos.

Dentre as principais medidas necessárias a serem adotadas na assistência a todos os pacientes destacam-se:

- Utilizar Equipamentos de Proteção Individual;
- Lavar as mãos antes e após o contato com o paciente e entre dois procedimentos realizados no mesmo paciente;
- Não reencapar, entortar, quebrar ou retirar as agulhas das seringas;
- Descontaminar as superfícies com desinfetantes preconizados pelo Controle de Infecção, caso haja presença de sangue ou secreções potencialmente infectantes.
- Manter os cuidados específicos na coleta e manipulação das amostras de sangue.

Além dessas medidas, a imunização dos profissionais da odontologia, assim como demais profissões da área da saúde, se faz necessária pelo elevado risco de aquisição de doenças infecciosas. As vacinas mais importantes para os profissionais da Odontologia são contra hepatite B, influenza, tríplice viral e dupla tipo adulto.

No caso da hepatite B a vacinação deve ser feita em três doses, em períodos de zero, um e seis meses de intervalo. A saliva é um fluido que vem sendo utilizado para o diagnóstico e estudos epidemiológicos das hepatites sendo comprovada a infectividade da saliva e o risco de transmissão da infecção pelo fluido e pelo aerossol gerado em procedimentos odontológicos (Brasil, 2006).

Outra doença grave e de alta contaminação é a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Para causar infecção, o vírus HIV requer transmissão parenteral, contato com a mucosa ou lesões de pele. No caso de transmissão do HIV por contato exclusivo com a saliva, até o momento não existe evidência epidemiológica (Brasil, 2006).

5.2 Estudos Epidemiológicos em Saúde Bucal

Com o objetivo de analisar o perfil epidemiológico das doenças bucais, e conhecer a real situação da saúde bucal da população brasileira, o Brasil realizou levantamentos epidemiológicos de base nacional nos anos de 1986, 1996, 2003 e 2010.

Estes levantamentos proporcionaram uma investigação epidemiológica das condições para uma avaliação da situação, recomendação e/ou adoção de medidas de enfrentamento e consequente verificação da redução da incidência das principais doenças bucais, sendo elas a cárie dental e a doença periodontal.



Figura 7. Coleta de dados para Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal realizado em Jundiaí – SP no ano de 2014. Fonte: Imagem gentilmente cedida pela Prefeitura Municipal de Jundiaí – SP.

O planejamento de ações através das informações geradas pelos estudos, foi de fundamental importância para a avaliação de medidas como a fluoretação das águas de abastecimento público, nos anos 80, e a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, em 2004 (Brasil, 2004b e 2012a).

5.2.1. Cárie Dentária

O índice CPO-D é o mais difundido em todo o mundo para se conhecer a real situação numa determinada comunidade ou população em relação à cárie dentária. É recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para medir e comparar a experiência de cárie dentária em populações, sendo que seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos (Organização Mundial da Saúde, 1991).

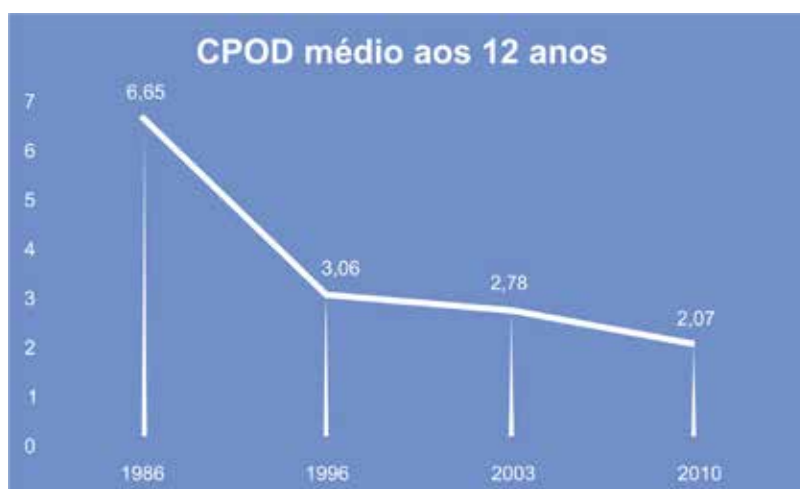


Figura 8: CPO-D e componentes aos 12 anos entre 1986 e 2010. Fonte: Adaptado de Brasil (2004b, 2012a); Costa et al. (2013); Dias et al. (2013).

O estudo realizado em 1986 mostrou um CPO-D médio aos 12 anos de 6,7, ou seja, aproximadamente sete dentes com alguma experiência de cárie, dentre os 24 a 28 dentes presentes na cavidade bucal nesta idade, sendo a maioria deles, ainda sem tratamento. Em 2003 foi realizado o Projeto SB-Brasil 2003 mostrando um CPO-D aos 12 anos de 2,78 e, nesta pesquisa de 2010, o CPO-D aos 12 anos ficou em 2,07, correspondendo a uma redução de 26,2% em 7 anos (Costa et al., 2013; Dias et al., 2013) (Figura 8).

Se houve um avanço enorme para a faixa etária de 12 anos, o SBBrasil2010 nos mostra que entre os adolescentes de 15 a 19 anos, a média de dentes afetados pela cárie, foi de 4,25, mais que o dobro do número médio encontrado aos 12 anos. Esta evolução do CPO entre a infância e a adolescência tem sido um achado comum em outros estudos no Brasil e no mundo (Brasil, 2012a). Mostrou ainda, com relação à cárie dentária, importantes diferenças regionais nas médias do CPO aos 12 anos: o Norte (com 3,16) e o Nordeste (com 2,63) e também o Centro-Oeste (com 2,63) têm situação pior que as regiões Sudeste (1,72) e Sul (2,06), o que pode sugerir melhores condições de acesso e programas preventivos e curativos mais efetivos nestas regiões, ou seja, uma minoria da população, normalmente a de maior vulnerabilidade social, apresenta os maiores índices da doença.

5.2.2. Doença Periodontal

No que diz respeito às condições periodontais, avaliadas pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI), para as idades acima de 12 anos, os resultados mostrados em 2003 não mostram grandes alterações em relação aos dados anteriores, uma vez que grande parte da população de crianças e adolescentes continua apresentando quadros onde predominam a presença de sangramento e de cálculo, enquanto que em adultos e idosos há pouca presença de doença em função da grande proporção de dentes perdidos e, consequentemente, de sextantes excluídos. Contudo, no grupo de 35 a 44 anos pôde ser observada uma diferença, em relação aos dados de 1986 no percentual de sextantes com cálculo e uma menor proporção de sextantes excluídos, o que reflete, certamente, uma maior manutenção dos dentes na boca, neste grupo etário (Oliveira, 2015).

Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 63% para a idade de 12 anos, 50,9% para a faixa de 15 a 19 anos, 17,8% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos. A presença de cálculo e sangramento é mais comum aos 12 anos e entre os adolescentes. As formas mais graves da doença periodontal aparecem de modo mais significativo nos adultos (35 a 44 anos), em que se observa uma prevalência de 19,4%.

Comparando os resultados de 2003 e 2010 para os adultos, de 35 a 44 anos, pode ser observada uma queda no número de indivíduos que apresentaram sangramento e cálculo, porém um aumento significativo nos indivíduos que apresentam as formas mais graves da doença e sextantes excluídos. Esses resultados chamam a atenção para a necessidade da recomendação de medidas de combate às formas mais severas da doença periodontal. Assim como as medidas adotadas para a cárie em crianças tiveram resultados positivos, devem ser planejadas formas de atingir a população economicamente ativa que, por inúmeras razões, historicamente teve o acesso restrito à prevenção e tratamento desta doença (Brasil, 2004b, 2012a; Dias et al., 2013) (Figura 9).

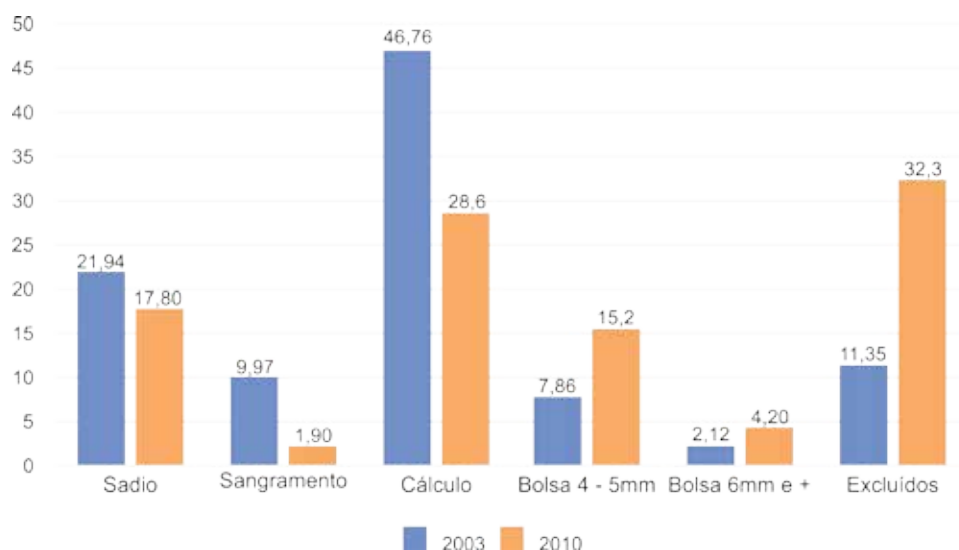


Figura 9: Percentual de indivíduos segundo Condição Periodontal medida pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI), grupo etário de 35 a 44 anos. Brasil, 2003 e 2010. Fonte: Brasil, 2004b e 2012a.

6. Experiência: Vigilância da Doença pelo Vírus Ebola (DVE)

Recentemente o mundo recebeu a notícia de uma nova epidemia da doença causada pelo vírus Ebola (Febre Hemorrágica Ebola), iniciado em dezembro de 2013, na Guiné. Em março de 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi oficialmente notificada sobre a existência de um surto de DVE, em rápida evolução naquele país). A doença afeta os seres humanos e primatas não humanos.

No mesmo mês, foram notificados casos na Libéria e, em 8 de agosto, com a ocorrência de número crescente de casos em 3 países, a OMS declarou a epidemia como uma emergência internacional de saúde pública.

A doença pelo vírus Ebola (DVE) é uma afecção viral aguda, clinicamente caracterizada como uma febre hemorrágica, cuja letalidade pode variar de 25% até 90%. Por isso, os surtos produzidos pelo vírus Ebola são graves, ainda que, geralmente, autolimitados. O vírus Ebola foi descoberto em 1976, em localidades situadas em uma região próxima do Rio Ebola (Brasil, 2014c).

O relatório da OMS de 12 de maio de 2015 apresenta um resumo da situação mais recente disponível (tabela 1).

Tabela 1: Dados da DVE em países africanos

País	Definição de Casos	Número de casos	Número de Mortes
		Acumulativo	Acumulativo
Guiné	Confirmado	3174	1977
	Provável	415	415
	Suspeita	8	Não disponível
	Total	3597	2392
Libéria	Confirmado	3151	Não disponível
	Provável	1879	Não disponível
	Suspeita	5574	Não disponível
	Total	10604	4769
Serra Leoa	Confirmado	8597	3538
	Provável	287	208
	Suspeita	3639	158
	Total	12523	3904
Todos os países	Confirmado	14922	Não disponível
	Provável	2581	Não disponível
	Suspeita	9221	Não disponível
	Total	26724	11065

Fora do continente africano, houve registro de casos na Espanha e EUA. Não houve registro de caso confirmado de DVE no Brasil. Houve, no entanto, um caso suspeito, procedente da Guiné e atendido no Paraná, que foi internado no Hospital Evandro Chagas, no Rio de Janeiro, no início de outubro. Esse caso foi descartado após 2 exames laboratoriais negativos para Ebola. Foram identificados 101 contatos desse caso. Eles foram monitorados até o resultado negativo do caso, quando foram liberados (Brasil, 2014c).

Destaca-se aqui a atuação organizada ação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) e demais Centros de Vigilância Epidemiológica Estaduais e Municipais, seguindo as orientações prévias da OMS. O Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública – Doença pelo Vírus Ebola, elaborado e finalizado em novembro de 2014, pelo Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, orientou a elaboração de Informes Técnicos pelos Centros de Vigilância Epidemiológica estaduais e municipais.

As publicações orientaram serviços e profissionais de saúde, além da população como um todo, sobre a epidemiologia da doença, sua transmissibilidade, sinais e sintomas, definição de casos, prognóstico e tratamento. Também orientaram medidas de precaução para os serviços, na manipulação dos casos e material de laboratório, condutas, transporte de pacientes, hospitais e laboratórios de referência, assim como o fluxo a ser seguido. Ao final, para a retroalimentação do sistema, fornece um boletim epidemiológico da situação atual da doença.

Casos de emergências internacionais de saúde pública como estes requerem uma ação rápida e coordenada entre os diferentes níveis de vigilância epidemiológica e do sistema de saúde num todo, a fim de conter rapidamente a disseminação da doença (World Health Organization, 2015b).

7. Experiência 2: Vigilância da Febre Chikungunya

A febre chikungunya, chamada em português de febre *chicungunha*, é uma infecção transmitida pelo vírus Chikungunya (CHIKV), que é um arbovírus, ou seja, um vírus transmitido por artrópodes. Apresenta sintomas semelhantes aos da dengue, tais como febre alta geralmente ao redor do 40° C, dores pelo corpo (poliartralgia), dor de cabeça, cansaço e manchas avermelhadas pelo corpo. As dores articulares costumam surgir nas primeiras 48 horas e acometem cerca de 90% dos pacientes com febre chicungunha (Brasil, 2015d).

A febre chicungunha pode ser transmitida pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, os mesmos que transmitem o vírus da dengue e da febre amarela, motivo pelo qual essa virose conseguiu recentemente chegar ao Brasil.

Como não possui uma fase hemorrágica, a febre chicungunha costuma ser uma virose mais benigna que a dengue. O seu problema não costuma ser o risco de morte, mas sim o risco de incapacitação pelas intensas e prolongadas dores articulares. Porém, quando adquirida por bebês, pacientes com mais de 65 anos ou por pessoas já previamente com múltiplas doenças, principalmente de origem cardíaca, pulmonar ou neurológica, a febre chicungunha costuma ter uma evolução mais agressiva, podendo, inclusive, levar esses pacientes ao óbito.

Assim como na dengue, a febre chicungunha pode ser diagnosticada pela sorologia, que é um exame de sangue que consiste na pesquisa de anticorpos contra o CHIKV. Os anticorpos do tipo IgM já podem ser identificados no sangue do paciente a partir do 5º ao 7º dia de sintomas. Uma forma mais rápida de diagnosticar a doença é através de um exame chamado RT-PCR, que pesquisa a presença do material genético do vírus Chikungunya no sangue.

Tal como na dengue, não existe tratamento específico contra a febre chicungunha. Não há um medicamento que aja diretamente contra o vírus de modo a eliminá-lo do organismo mais rapidamente. A imensa maioria dos pacientes irá se curar de forma espontânea após cerca de 7 a 10 dias.

A dengue e a febre chicungunha partilham de várias semelhanças. Em alguns casos, pode ser bastante difícil fazer o diagnóstico diferencial somente através dos sinais e sintomas. Todavia, uma avaliação clínica mais cuidadosa pode nos ajudar.

A principal diferença é o acometimento das articulações. A dengue até pode causar dor articular, mas ela não costuma ser tão importante quanto a dor muscular ou a dor nos olhos. Na febre chicungunha, a poliartralgia é um dos sintomas mais exuberantes e é tipicamente dor das articulações das extremidades (mãos e pés).

Outra diferença é o rash cutâneo. Na febre chicungunha as manchas vermelhas surgem nas primeiras 48 horas, enquanto que na dengue o rash só surge a partir do 3º ou 4º dia (World Health Organization, 2015a).

Na dengue, a queda das plaquetas costuma ser mais grave e eventos hemorrágicos, como machas roxas na pele, sangramento nasal ou de gengiva são bem mais comuns. A evolução para uma forma hemorrágica é quase exclusiva da dengue.

No Brasil, os primeiros casos de transmissão do vírus Chikungunya foram identificados em setembro de 2014. Até então, todos os casos conhecidos eram importados, adquiridos por brasileiros que haviam viajado para áreas endêmicas. Como era esperado, a combinação entre a elevada prevalência dos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* no território brasileiro e a ausência de anticorpos contra o novo vírus entre a população fez com que rapidamente surgissem surtos da febre chicungunha em diferentes regiões do país. Em pouco mais de 1 mês, mais de 1000 casos foram notificados em todo o Brasil. Os municípios que registraram casos autóctones até maio de 2015 estão localizados nos estados do Amapá e Bahia, sendo que cada um deles notificou 945 e 2190 casos, sendo os casos confirmados por exames laboratoriais ou clínico-epidemiológicos, 879 e 807 respectivamente. Ainda estavam em investigação 26 casos no Amapá e 1375 na Bahia (Brasil, 2015d).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A constante atualização científica e tecnológica dos processos de diagnóstico, prevenção e controle de doenças e agravos deve ser, atualmente, a principal busca dos sistemas de Vigilância epidemiológica. O crescente número de doenças e modificações genéticas de microrganismos assim como dos seus hospedeiros, faz com que novas situações surjam rapidamente. A incorporação de novas tecnologias deve ampliar as ações e facilitar o acesso às informações de forma a agilizar os processos de trabalho.

O grande desafio dos profissionais envolvidos com a vigilância epidemiológica é a sensibilização tanto da sociedade como um todo para a participação ativa no combate às doenças e agravos à que é acometida, como dos gestores de saúde para trabalhar seus planejamentos baseados em um diagnóstico fidedigno da realidade epidemiológica local, evitando assim o desperdício de recursos e o subaproveitamento dos recursos nas regiões mais vulneráveis.

Curiosidade:

Assista ao Vídeo:

<https://www.youtube.com/watch?v=t-qLwNeXevw>

9. REFERÊNCIAS

- Bacelar C, Cambricoli F. Estado de São Paulo terá plano de emergência contra a dengue a partir de abril. O Estado de São Paulo [internet] 2015 mar 24 [acesso 2015 maio 10]. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,estado-de-sp-tera-plano-de-emergencia-contr-a-dengue-a-partir-de-abril,1656842>
- Benenson AS, editor. El controle de las enfermedades transmissibles em el hombre. 14. ed. Washington: OPS; 1987. Publicación Científica, 507.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em saúde. Brasília: CONASS; 2007a. 278p.
- Brasil. Decreto nº. 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº. 6.259, de 30 de outubro de 1975, que 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, Poder Executivo. 1976 ago 13.
- Brasil. 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, Poder Executivo. 1975 out 31.
- Brasil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União; 1990 set 20; Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços odontológicos: prevenção e controle de riscos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p.38-53.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [internet]. e-SUS Atenção básica [acesso 2015a maio 10]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica NOB 001/96. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da saúde [internet]. Sistemas e aplicativos [acesso 2015b mar 11]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004 [acesso 2015 maio 10]. 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. Diário Oficial da União. 2004a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172_15_06_2004.html

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2014a jun 09; Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013. Revoga a Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Regulamenta as responsabilidades e define as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União. 2013a jul 10; Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. 68p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção básica: manual do sistema com coleta de dados simplificada: CDS [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014b. 124p. [acesso 2015 maio 10]. Disponível em: http://novo.guarulhos.sp.gov.br/files1/Manual_CDS_ESUS_2014.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a. 116p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Bol Epidemiol [internet] 2015c; [acesso 2015 maio 10] 46(14). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/11955-boletins-epidemiologicos-arquivos>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. CBVE: curso básico de vigilância epidemiológica. Brasília. Ministério da Saúde; 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 816p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública-Doença pelo Vírus Ebola. Brasília: Ministério da Saúde; 2014c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de informação de agravos de notificação – SINAN: normas e rotinas. 2. ed. Brasília. Ministério da Saúde; 2007b. 68p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Febre de chikungunya: manejo clínico. Brasília: Ministério da Saúde; 2015d. 28p.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b. 136p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014d.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução Normativa nº 2, de 22 de novembro de 2005 [acesso 2015 maio 10]. Regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica com relação à coleta, fluxo e a periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Diário Oficial da União. 2005b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/int0002_22_11_2005.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b. 132p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2014e.
- Buehler, JW. Vigilância. In: Rothman, KJ, Greenland S, Lash TL. Epidemiologia moderna. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- Centers for Diseases Control and Prevention. Diretrizes para avaliação de sistemas de vigilância. MMWR. 1988; 37(5 Suppl) [Tradução para o português pela Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/SIDA-AIDS, 1989].
- Costa SM, Abreu MHNG, Vasconcelos M, Lima RCGS, Verdi M, Ferreira EF. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. Ciên Saúde Colet. 2013; 18(2): 461-70.
- Dias AA, Maia MCG, Pereira AC. Epidemiologia e saúde bucal coletiva. In: Rouquayrol MZ, Marcelo GCS, editores. Epidemiologia & saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2013. p.1-736.
- Fossaert DH, Lopis A, Tigre CH. Sistemas de vigilância epidemiológica. Bol Oficina Sanit Panam. 1974; 76: 512-25.
- Medronho R, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL, editores. Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
- Moura EC, Neto OL, Malta DC, Moura L, Silva NN, Bernal R, et al. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). Rev Bras Epidemiol. 2008; 11(Supl 1): 20-37.
- Oliveira AGRC. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. [acesso 2015 maio 12]. Disponível em: http://files.saudecoletiva.webnode.com.br/200000040-788d078d68/epi_bra%203.pdf
- Organização Mundial da Saúde. Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal: manual de instruções. 3. ed. São Paulo: Santos; 1991. 53p.
- Paim JS, Teixeira MGLC. Reorganização do sistema nacional de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Inf Epidemiol SUS. 1992; 1(5): 25-57.
- Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. 596p.
- Poder Judiciário de Mato Grosso. Programa bem viver. Siga estas dicas e ajude a eliminar o mosquito da dengue [folder]. Cuiabá: Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso; 2015 [acesso 2015 maio 10]. Disponível em: <http://www.tjmt.jus.br/bemviver/Noticias/Noticias.aspx?n=33104>
- Risi Junior JB. Considerações sobre a publicação de dados epidemiológicos pelo Ministério da Saúde. Inf Epidemiol SUS. 1992; 1(4): 27-32.
- Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. 600p.
- Tavares G. e-SUS atenção básica. Reunião Santa Catarina, em 10 de abril de 2014 [slides]. [acesso 2015 ago 04]. Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8113&Itemid=82

- São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Guia de vigilância epidemiológica. São Paulo: CVE; 2012. 656p.
- São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Resolução SS-159, de 23 de maio de 2007. Estabelece rotinas de monitoramento das ações coletivas e das atividades coletivas em saúde bucal nos serviços integrantes do SUS/SP. Diário Oficial do Estado. 2007 maio 23.
- Teixeira MG, Risi Junior JB. Vigilância epidemiológica. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p.301-25.
- World Health Organization. Chikungunya [internet]. Geneva: WHO [acesso 2015a maio 12]. Disponível em: http://www.who.int/denguecontrol/arboviral/other_arboviral_chikungunya/en/
- World Health Organization. Ebola data and statistics [internet]. Geneva: WHO [acesso 2015b maio 12]. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/view ebola-sitrep ebola-summary-20150512?lang=en>

Anexo 1 – Lista Nacional de Notificação Compulsória (Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014)

Nº	Lista Nacional de Notificação Compulsória	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
			Imediata (≤ 24 horas)			Semanal
			MS	SES	SMS	
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X	X
2	b. Acidente de trabalho, grave, fatal e em crianças e adolescentes				X	
3	Acidente por animal peçonhento				X	
4	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva				X	
5	Botulismo		X		X	
6	Cólera			X	X	
7	Coqueluche			X	X	
8	a. Dengue - Casos			X	X	X
9	b. Dengue - Óbitos		X			
10	Difteria			X	X	
11	Doença de Chagas Aguda			X	X	
12	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)			X	X	X
13	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"			X	X	
14	b. Doença Meningocócica			X	X	
15	Doenças com suspeita de disseminação intencional:					
16	a. Poliomielite		X		X	
17	b. Queda de bomba					
18	c. Varíola		X		X	
19	Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes:					
20	a. Arbovírus		X		X	
21	b. Ebola					
22	c. Marburg					
23	d. Febre amarela					
24	e. Febre purpúrica brasileira					
25	Esquistossomose			X	X	X
26	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no Art. 2º desta portaria)		X		X	
27	Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação		X		X	
28	Febre Amarela			X	X	
29	Febre de Chikungunya			X	X	
30	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública			X	X	
31	Febre Maculosa e outras Rickettsioses		X		X	
32	Febre Tifoide			X	X	
33	Hanseníase			X	X	
34	Hantavirose			X	X	
35	Hepatites virais			X	X	
36	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida					
37	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puerpéra e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV					
38	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)					
39	Infecção humana produzida por novo subtipo viral		X		X	
40	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)		X		X	
41	Leishmaniose Visceral					
42	Leptospirose			X	X	
43	a. Malária na região amazônica		X		X	
44	b. Malária na região extra amazônica			X	X	
45	Obito		X		X	
46	a. Infantil					
47	b. Materno					
48	Poliomielite por poliovírus selvagem			X	X	
49	Peste		X		X	
50	Raiva humana		X		X	
51	Síndrome da Rubéola Congênita		X		X	
52	Doenças Exantemáticas		X		X	
53	a. Sarampo		X		X	
54	b. Rubéola		X		X	
55	Sífilis:					
56	a. Adquirida					
57	b. Congênita					
58	c. Gestante					
59	d. Neonatal					
60	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda					
61	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus		X		X	
62	a. SARS-CoV		X		X	
63	b. MERS-CoV					
64	Tétano:					
65	a. Neonatal					
66	b. Não neonatal					
67	Tuberculose					
68	a. Varicela - Caso grave internado ou óbito					
69	b. Varicela - Caso grave internado ou óbito					
70	a. Violência doméstica e/ou outras violências		X		X	
71	b. Violência sexual e tentativa de suicídio				X	

*Informação adicional:
Notificação mensal ou semanal seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS, estabelecido pela SVS/MS.
Legenda: MS (Ministério da Saúde); SES (Secretaria Estadual de Saúde); SMS (Secretaria Municipal de Saúde).
A notificação imediata no Distrito Federal é equivalente à SMS.

Fonte: Brasil, 2014a

Anexo 2 – Gabarito das questões:

1. A Vigilância Epidemiológica é definida pela Lei nº 8.080/90 como “um conjunto de ações que proporciona 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”.

2.

(F) Analisar e interpretar dados

(F) Avaliar eficácia e efetividade das medidas adotadas

(O) Fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde

(F) Coletar dados

(O) Disponibilizar informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos

(F) Processar dados coletados

(F) Promover as ações de controle

(O) Recomendar e implementar os programas de controle de doenças

(O) Detectar, precocemente, o aparecimento das doenças sob vigilância e realizar intervenção oportuna.

(F) Recomendação das medidas de controle apropriadas

3. Notificação compulsória é a comunicação obrigatória de casos e surtos de doenças e outros agravos constantes da lista de doenças de notificação estabelecidas pela PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014, que *Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional*. A notificação compulsória serve para um adequado controle epidemiológico.

4. A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino.

5. Dados demográficos, ambientais e socioeconômicos, permitem quantificar e caracterizar a população. Dados de morbidade que permitem a detecção imediata ou precoce de problemas sanitários. Dados de mortalidade, importantes como indicadores da gravidade do fenômeno vigiado. Notificação de surtos e epidemias.

6. É uma fonte especial de dados, é um trabalho de campo, realizado a partir de casos notificados (clinicamente declarados ou suspeitos) e seus contatos, que tem por principais objetivos: identificar a fonte de infecção e o modo de transmissão; os grupos expostos a maior risco e os fatores de risco; bem como confirmar o diagnóstico e determinar as principais características epidemiológicas. O seu propósito final é orientar medidas de controle para impedir a ocorrência de novos casos.

7. Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são um conjunto de mecanismos organizados de coleta, processamento, análise e transmissão da informação com a finalidade de contribuir para o planejamento, a organização e avaliação de serviços de saúde. Os sistemas nacionais de informação em saúde existentes com maior relevância para a vigilância epidemiológica são o SINAN, SIM, SINAC, SAI e SIH.

8. O SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação, criado em 1990, serve para coletar e processar dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional. O SINAN tem por objetivo o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação fornecendo informações para análise do perfil de morbidade, contribuindo para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal.

9. Pelas características da infecção pelo Ebola, a possibilidade de ocorrer uma disseminação global do vírus é muito baixa. Desde sua descoberta em 1976, o vírus tem produzido, ocasionalmente, surtos em um ou mais países africanos, sempre muito graves pela alta letalidade, mas, autolimitados. A seriedade do atual surto é a sua extensão, atingindo três países e a demora em se atingir seu controle. Isso ocorre pela precariedade dos serviços de saúde nas áreas em que ocorre a transmissão, que não dispõem de equipamentos básicos de proteção aos profissionais de saúde e aos demais pacientes, bem como pelas práticas e tradições culturais de manter pacientes em casa, inclusive escondendo sua condição das autoridades sanitárias, e a realização de rituais de velórios em que os parentes e amigos têm bastante contato com o corpo do falecido. No Brasil, não há circulação natural do vírus Ebola em animais silvestres, como em várias regiões da África.

10. A principal diferença entre a febre Chikungunya e a dengue é com relação ao acometimento das articulações. A dengue até pode causar dor articular, mas não costuma ser tão importante enquanto que na febre chicungunha, a poliartralgia é um dos sintomas mais exuberantes e é tipicamente dor das articulações das extremidades (mãos e pés).

Uma outra diferença é que na febre chicungunha as manchas vermelhas surgem nas primeiras 48 horas, enquanto que na dengue o rash só surge a partir do 3º ou 4º dia.

A febre chicungunha pode ser transmitida pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, os mesmos que transmitem o vírus da dengue e da febre amarela.

Na dengue, a queda das plaquetas costuma ser mais grave e machas roxas na pele, sangramento nasal ou de gengiva são bem mais comuns.

A evolução para uma forma hemorrágica é quase exclusiva da dengue.

A febre Chikungunya e a Dengue apresentam sintomas semelhantes tais como febre alta geralmente ao redor do 40°C, dores pelo corpo (poliartralgia), dor de cabeça, cansaço e manchas avermelhadas pelo corpo.

Assim como na dengue, a febre chicungunha pode ser diagnosticada pela sorologia.

Tal como na dengue, não existe tratamento específico contra a febre chicungunha. A imensa maioria dos pacientes irá se curar de forma espontânea após cerca de 7 a 10 dias.

11. Exercício para o aluno descrever uma experiência.

CAPÍTULO 17 – VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Emílio Prado da Fonseca

Dentista, Especialista em Gestão Pública de Serviços de Saúde, Mestre em Odontologia e Doutorando do PPG em Odontologia da FOP UNICAMP.

Marcelo de Castro Meneghim

Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP, Mestre e Doutor em Odontologia Social pela FOA UNESP.

Antonio Carlos Pereira

Mestre e Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP; Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP.

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos

A intenção deste capítulo é apresentar um conjunto de conceitos técnicos sobre o que representa modernamente, no Brasil, o serviço de vigilância sanitária. Além de desenvolver os conhecimentos sobre a atual estrutura do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. É um estímulo para os trabalhadores que desejam aprofundar seus conhecimentos sobre o campo de atuação e dos aspectos de inserção no Sistema Único de Saúde (SUS) e do entendimento da vigilância sanitária como instrumento de defesa e proteção da saúde e da qualidade de vida da população.

Conteúdo Programático

- Introdução
- Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)
- Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS
- Descentralização da Gestão das Ações de Vigilância sanitária: o papel do município
- Financiamento em Vigilância Sanitária
- Recursos Humanos em Vigilância Sanitária
- Vigilância Sanitária e a Responsabilidade de Proteção à Saúde
- A Promoção da Saúde como Ferramenta para a Construção da Consciência Sanitária
- Considerações Finais

Leitura Obrigatória

- 1) Brasil. Lei nº 9.782, de 26 de Janeiro de 1999 [acesso 2015 mar 10]. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências [internet]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782compilado.htm
- 1) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013 [acesso 2015 mar 18]. Regula as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html.
- 2) Costa EA, organizador. Vigilância sanitária: temas para debate [internet]. Salvador: EDUFBA; 2009 [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: <http://books.scielo.org>.
- 3) Souza GS, Costa EA. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. Ciên Saúde Colet. 2010; 15(Suppl 3): 3329-40.

Leitura complementar

- 1) Cohen MM, Moura MLO, Tomazelli JG. Descentralização das ações de vigilância sanitária nos municípios em Gestão Plena, Estado do Rio de Janeiro. Rev Bras Epidemiol. 2004; 7(3): 290-301.
- 2) Colpo JC, Nunes RN, Araújo WN. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre saúde do trabalhador na coordenação de portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados do Pará, Brasil, 2008. Vigil Sanit Debate. 2013; 1(2): 44-52.
- 3) Piovesan MF, Padrão MVV, Dumont MV, Gondim GM, Flores O, Pedrosa JI, et al. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(1): 83-95.
- 4) Covem EM. Descentralização das ações de vigilância sanitária. Ciên Saúde Colet. 2010; 15(Suppl 3): 3318-28.
- 5) Garibotti V, Hennington EA, Selli L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. Cad Saúde Pública. 2006; 22(5): 1043-51.

Atividades

- 1) A vigilância sanitária tem como principal característica a proteção da saúde da população. Faça uma discussão crítica.
- 2) A partir do serviço de vigilância sanitária do seu município, faça um levantamento dos principais documentos necessários para o funcionamento de um estabelecimento de saúde.

1- INTRODUÇÃO

Como prática em saúde, a vigilância sanitária insere-se no espaço social abrangendo sua atuação sobre o setor público e privado na defesa da população com referência ao preceito institucional da equidade e ao princípio da igualdade.

O conceito de Vigilância Sanitária muitas vezes está vinculado a ideia de “polícia sanitária”, ou seja, fiscalização e punição. Este fato se deve a origem da vigilância sanitária que tinha como função regulamentar o exercício profissional, combater falsificações, vigiar a cidade para evitar a propagação de doenças e executar o saneamento da cidade.

Atualmente, segundo o inciso 1, do artigo 6, da seção XI, do capítulo I da Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990 define a vigilância sanitária como:

[...] 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 relacionem direta ou indiretamente com a saúde (Brasil, 1990).

Assim, o conjunto de ações desenvolvidas pelo Estado, representado pela vigilância sanitária, visam a segurança de serviços e produtos para eliminar, minimizar ou prevenir uma variedade de riscos à saúde da população. Neste sentido, o conceito de risco em vigilância sanitária assume o significado de ocorrência de um evento que poderá ser danoso, direta ou indiretamente, à saúde. Consequentemente, a atuação dos serviços de vigilância sanitária é pautada no gerenciamento e mediação dos interesses da saúde com os interesses econômicos. Isto fica claro na própria definição de vigilância sanitária presente na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) e que devem ser incorporado no gerenciamento do risco sanitário desenvolvidos como processos de trabalho da vigilância sanitária (Costa, 2009).



Figura 1: Notícia sobre atuação fiscalizatória da vigilância sanitária
Fonte: Chapola, 2015.

Apesar da ampliação do campo de atuação, a vigilância sanitária ainda mantém suas atribuições e formas de atuar assentadas na fiscalização, licenciamento de estabelecimentos, julgamento de irregularidades e aplicação de penalidades. As atividades relacionadas à educação representam uma importante ferramenta para a evolução da consciência sanitária. Nesse sentido, o usuário, objeto de proteção da vigilância sanitária, passa a ter um papel ativo na transformação das condições de saúde da população e cria uma nova relação entre estado, sociedade e vigilância sanitária (Piovesan et al., 2005; Colpo et al., 2013).

A atuação da vigilância sanitária está arranjada em três grupos de bens, produtos e serviços:

- Produtos: medicamentos, cosméticos, alimentos, saneantes, entre outros;
- Serviços de saúde e interesse à saúde;
- Ambientes, incluindo o do trabalho (Brasil, 2011).



Figura 2: Divulgação em mídia de ação educativa promovida por equipe da vigilância sanitária do Paraná
Fonte: Vigilância..., 2015.

2. CRIAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA)

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi criada com a Lei nº. 9782, de 26 de janeiro de 1999, autarquia sob regime especial caracterizada pela sua independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira; vinculada ao Ministério da Saúde, com sede no Distrito Federal (Brasil, 1999).

Com a criação da ANVISA surge o Regulamento de Diretoria Colegiada (RDC) para substituir as Portarias Ministeriais da Saúde no campo da vigilância sanitária e que tem o poder de alterar as portarias em um mesmo nível hierárquico.

A ANVISA tem por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da população e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária e que envolvam risco à saúde pública de acordo com o artigo 6 da Lei nº. 9782/99. Para isso, o Estado responsável por esta tarefa, buscou uma estrutura planejada para atuar nos seus devidos níveis: federal, estadual e municipal (Brasil, 1999).

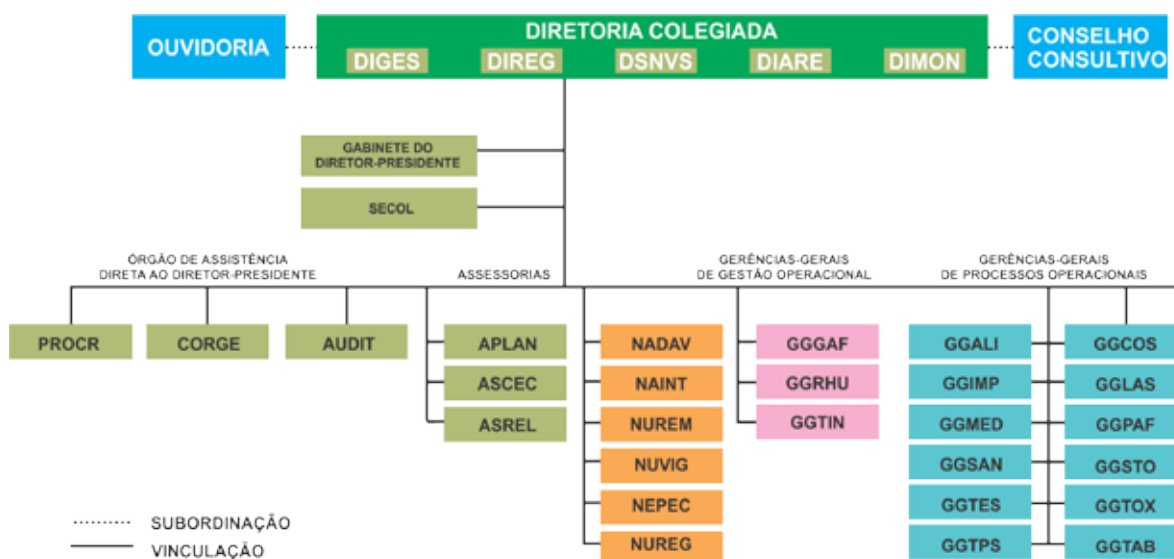


Figura 3: Organograma ANVISA
Fonte: Adaptado de Brasil, 2006b.

Coordenar o sistema nacional de vigilância sanitária é de incumbência federal, enquanto o Estado-membro coordena em caráter complementar e executa as atividades de vigilância sanitária em âmbito estadual e o município executa os serviços de vigilância sanitária.

Contudo, os novos desafios sociais, políticos e culturais, o esgotamento progressivo do paradigma biomédico e a mudança nas últimas décadas têm ensejado o surgimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitários (Taglietta et al., 2009).



Figura 4: Sede da ANVISA em Brasília
Fonte: Sede..., 2008.

3. SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – SNVS

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080) em seu artigo 18, afirma que é do município a competência para execução das ações de vigilância sanitária, embasadas em leis federais e municipais, mas o município também pode legislar de forma complementar, enquanto um dos aspectos mais relevantes na construção do Sistema Único de Saúde no Brasil é a descentralização das ações de saúde. Desde sua criação, a ANVISA vem implementando o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) em parceria com estados e municípios, por meio de políticas e estratégias que ampliam e consolidam o papel dos estados e municípios nas ações da vigilância sanitária.

O SNVS, regulamentado pela Portaria MS 1565 de 1994, estabeleceu as bases para a descentralização das ações de VISA no âmbito do SUS. A criação da ANVISA em 1999 promoveu a intensificação das relações entre as esferas de governo e a formalização de compromissos visando à obtenção de resultados específicos na área sanitária. Compete a ANVISA a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil, 2013). Com o objetivo de organizar e implementar o SNVS, foi criado e pactuado em 2000 o Termo de Ajuste e Metas (TAM) e o termo de adesão ao TAM, através da descentralização das ações da VISA por meio da realização de parcerias entre as partes. As políticas de incentivo à descentralização fomentada pelos níveis federal e estadual e os mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação da utilização dos recursos trouxeram avanços importantes para a consolidação do SNVS.

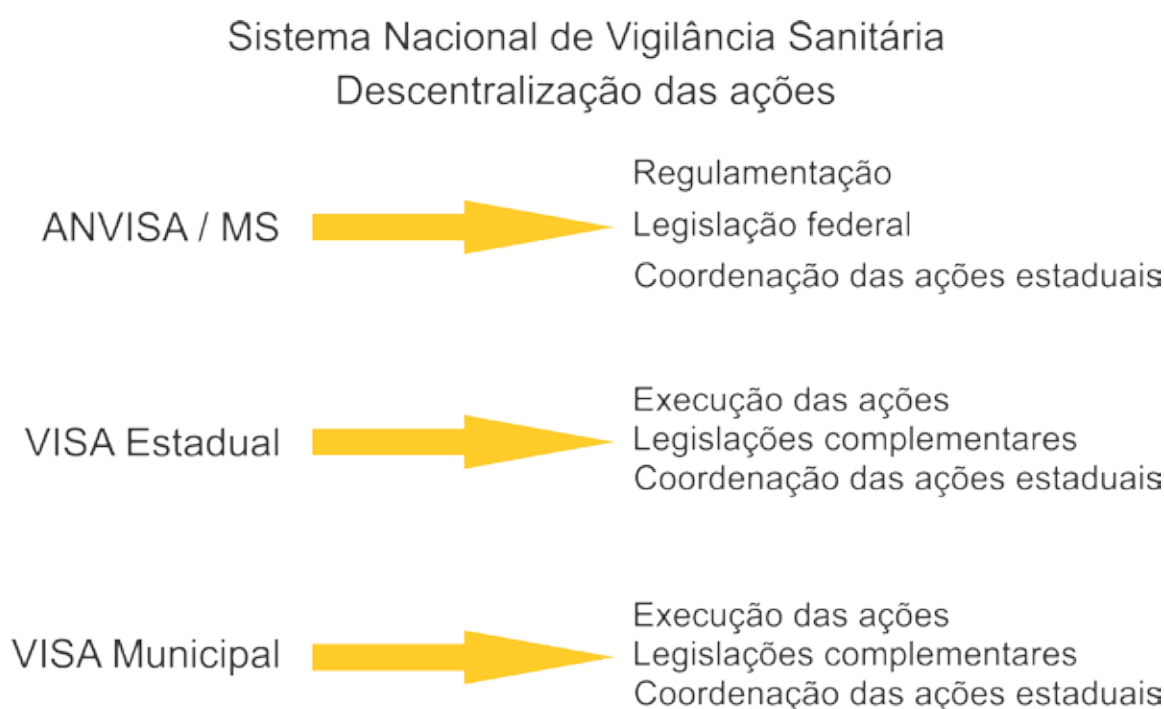


Figura 5: Descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil a partir da Portaria/GM nº. 1.378 de 09 de Julho de 2013.

Fonte: Brasil, 2013.

Segundo a Portaria nº. 1.378 de 09 de Julho de 2013, em seu artigo 7º, é de competência da ANVISA, entre outras ações: I – participação na formulação de políticas e diretrizes em Vigilância Sanitária no âmbito nacional; II – regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde; III – execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e

fronteiras, podendo essa atribuição ser supletivamente exercida pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, mediante pactuação na CIT; IV – proposição de critérios, parâmetros e métodos para a execução das ações estaduais, distritais e municipais de vigilância sanitária; V – monitoramento da execução das ações descentralizadas no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; VI – promoção da harmonização dos procedimentos sanitários no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; entre outros (Brasil, 2013).

Assim, cabe ao nível federal a organização e implementação de uma política nacional de Vigilância Sanitária; legislar sobre normas e padrões técnicos para todo o território nacional; validar tecnologias médicas; exercer o controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras; entre outros. Estas funções em alguns casos são exercidas com a participação de estados e municípios (Marangon et al., 2010).

Segundo a Portaria nº. 1.378 de 09 de Julho de 2013, em seu artigo 9º, é de competência das Secretarias Estaduais de Saúde a coordenação do componente estadual do Sistema Nacional Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo além das ações de promoção em saúde, o controle dos riscos inerentes aos produtos e serviços de interesse a saúde:

- I – implementação das políticas, diretrizes e prioridades na área de vigilância, no âmbito de seus limites territoriais;
- II – coordenação das ações com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual, regional e municipal;
- III – apoio e cooperação técnica junto aos Municípios no fortalecimento da gestão das ações de Vigilância;
- IV – execução das ações de Vigilância de forma complementar à atuação dos Municípios;
- V – participação no financiamento das ações de Vigilância;
- VI – normalização técnica complementar à disciplina nacional;
- VII – coordenação e alimentação, quando couber, dos sistemas de informação de interesse da vigilância em seu âmbito territorial;
- VIII – monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em seu âmbito territorial;
- IX – realização de campanhas publicitárias de interesse da vigilância, em âmbito estadual; entre outras (Brasil, 2013).

Também, segundo a Portaria nº. 1.378 de 09 de Julho de 2013 em seu artigo 11º, compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo: I – coordenação municipal e execução das ações de vigilância; II – participação no financiamento das ações de vigilância; III – normalização técnica complementar ao âmbito nacional e estadual; IV – coordenação e alimentação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da vigilância; V – desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social; VI- monitoramento e avaliação das ações de vigilância em seu território; VII – realização de campanhas publicitárias de interesse da vigilância, em âmbito municipal; VIII – promoção e execução da educação permanente em seu âmbito de atuação; IX – promoção e fomento à participação social nas ações de vigilância; entre outros (Brasil, 2013).

Dentre os passos para a descentralização e municipalização das ações de vigilância sanitária está a aprovação do Código Sanitário Estadual ou municipal. Na cidade de São Paulo o Código Sanitário Municipal foi instituído pela Lei Municipal 13.725, de 9 de janeiro de 2004 e que garante condições de segurança sanitária na produção, comercialização e consumo de bens e serviços de interesse da saúde, incluídos procedimentos, métodos e técnicas que as afetem (São Paulo, 2004).



Figura 6: Código Sanitário da Cidade de São Paulo (SP)
Fonte: Código..., 2015.

Apesar da autonomia e independência das ações das Vigilâncias Sanitárias Municipais, o trabalho integrado e articulado com os níveis de competência do SUS é benéfico e garante maior eficácia no trabalho das VISA (Piovesan et al., 2005).

4. DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA: O PAPEL DO MUNICÍPIO

O SUS afirma o município como espaço de ações e práticas de saúde. Mais do que um cumprimento formal que está proposto na Constituição, será necessário integrar a vigilância sanitária com as demais práticas voltadas à saúde da população. Municipalizar as ações de vigilância sanitária significa adotar políticas com a finalidade de operacionalizá-la com bases de financiamento, recursos humanos e infraestrutura. Ao Estado compete o papel de articular os municípios e regiões para garantir a uniformidade mínima das ações de todo o município nas práticas de supervisão e controle de qualidade dos serviços de saúde (Piovesan et al, 2005; Covem, 2010).

Uma etapa do processo de descentralização das ações de saúde é a municipalização da vigilância sanitária, o que constitui um importante subsídio para o planejamento, gerenciamento e qualidade dos serviços de assistência à saúde, garantia da saúde ambiental e ocupacional, controle de qualidade de

produtos e da vida da população. Há que se considerar a complexidade das ações de vigilância, o que dependem do maior ou menor grau de dificuldade de execução.

Os municípios brasileiros apresentam modalidades distintas de organização e gestão pública em virtude das diferentes realidades regionais. As condições de gestão que se habilitam os municípios definem as ações de vigilância sanitária que serão assumidas. É importante que o município tenha controle de todas as ações desenvolvidas, independente de complexidade e pactuação ou não com o Estado para a obtenção de respostas efetivas ao perfil sanitário e as demandas locais. Fica sob responsabilidade do município, definir as ações que ele implementará e as que serão compartilhadas ou complementadas pelo Estado, de acordo com suas possibilidades financeiras, recursos humanos e materiais, e segundo o quadro sanitário existente (Piovesan et al., 2005; Covem, 2010; Marangon et al., 2010).

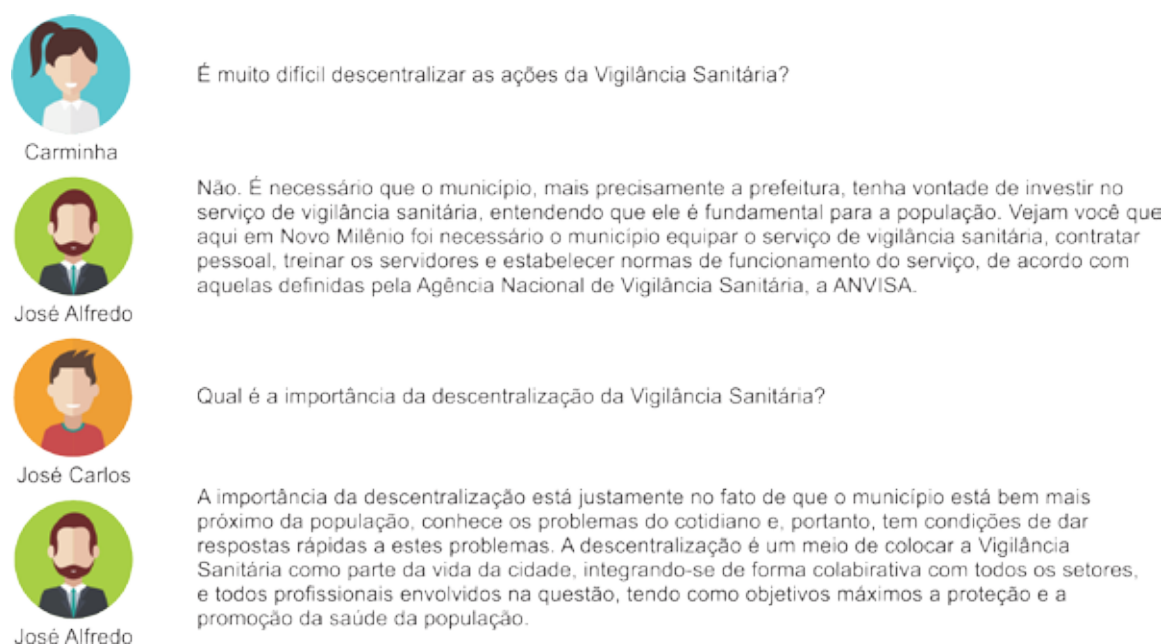


Figura 7: Descentralização da vigilância sanitária para os municípios
Fonte: Brasil, 2002a.

A atividade de planejamento das ações de vigilância sanitária parte do reconhecimento da área geográfica de abrangência, mapeamento dos problemas locais e eleição de prioridades com base em fontes de informação como: denúncias, questionários, relatórios e censo de estabelecimentos, com a finalidade de detectar espaços ou fenômenos que representam risco à saúde e à vida. A partir de um diagnóstico situacional é possível priorizar ações, definir objetivos e programas, organizar recursos, articular com outros setores internos e externos ações e tomada de decisões com o foco em atender as necessidades de saúde de uma população (De Seta e Silva, 2006).

A atuação tradicional da vigilância sanitária tem se resumido ao atendimento das demandas espontâneas, isto é, sem planejamento nem programação. O que é muito pouco diante de seu papel de promotora da saúde e de prevenção de danos.

É fundamental pensar uma Vigilância Sanitária que tenha o diagnóstico de sua área com base em perfis epidemiológicos, com potenciais riscos definidos, objetivos e metas, padronização de atividades e inspeções, avaliação sistemática dos resultados (Freitas e Santos, 2013).

Para se obter bons resultados e cumprir o papel de protetora da saúde e prevenção de danos, a vigilância sanitária deve organizar sua prática por meio de prioridades programáticas, além de atender as denúncias, questionamentos e reclamações, que permitam dar uma resposta adequada aos reais problemas.

Além disso, um plano de ações bem elaborado deve incluir não apenas as funções de fiscalização, mas também de caráter educacional e de conscientização da população, envolvendo a comunidade, os prestadores de serviços, produtores, profissionais da saúde e todos aqueles que estejam envolvidos na programação de ações da VISA. O envolvimento da unidade básica de saúde com ações de educação, monitoramento dos problemas e soluções em nível local. Apesar da autonomia do município para desenvolver suas ações, é importante a participação do Estado em atividades conjuntas de caráter de assessoria técnica e contribuindo para a transferência de conhecimento técnico para o município. As equipes já estruturadas da Vigilância Sanitária devem buscar uma atuação integrada com a Vigilância Epidemiológica, Ambiental e outros órgãos governamentais e não governamentais que possibilite a formação de uma rede de proteção em favor da saúde do município (De Seta e Silva., 2010).

EIXO I - Organização e gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no âmbito do SUS.

EIXO II - Ação regulatória: a vigilância de produtos, serviços e de ambientes.

EIXO III - A Vigilância Sanitária no contexto da atenção integral à saúde.

EIXO IV - Produção do conhecimento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico.

EIXO V - Construção da consciência sanitária: a mobilização, a participação e o controle social.

Figura 8: Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) e seus eixos estruturantes
Fonte: Brasil, 2007a.



Figura 9: PDVISA
Fonte: Brasil, 2007a.

5. FINANCIAMENTO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Do ponto de vista do financiamento, a divulgação do Pacto pela Saúde ocorrida em 2006 pela portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, estabelece um novo meio de repasse de recursos financeiros com a finalidade de garantir as atribuições descentralizadas (Brasil, 2006a). Em seu capítulo III, Pacto de Gestão, estabelece os cinco blocos de financiamento entre eles Vigilância em Saúde (Brasil, 2006a), sendo princípio geral do Sistema Único de Saúde a responsabilidade das três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) pelo financiamento das ações de saúde (Brasil, 2006a).

Os blocos de financiamento para o custeio são:

- 1 - Atenção básica
- 2 - Atenção de média e alta complexidade
- 3 - Vigilância em Saúde
- 4 - Assistência Farmacêutica
- 5 - Gestão do SUS (Brasil, 2006a)

Em 2007, a Portaria número 204 regulamentou 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 dos blocos de financiamento (Brasil, 2007b). Em relação ao Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde e de Recursos federais transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios para financiamento das ações de Vigilância em Saúde são constituídos por: I – Componente de Vigilância em Saúde e II – Componente da Vigilância Sanitária (Brasil, 2007b).

A Portaria GM/MS n.º 1.378 de 09 de Julho de 2013 regulamentou as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativas ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil, 2013). A referida portaria está organizada em quatro capítulos: I – Dos Critérios de Repasse; II – Dos Critérios para a Manutenção de Repasse dos Recursos; III – Do Processo de Acompanhamento do SCNES e SIA/SUS e dos Relatórios de Monitoramento para Fins de Manutenção dos Recursos do Componente de Vigilância Sanitária; IV – Disposições Finais e Transitórias (Brasil, 2013). Os processos de acompanhamento e monitoramento das ações realizadas por estados e municípios são realizados pela ANVISA através dos sistemas de informação: SCNES e SIA/SUS (Brasil, 2013).

Os critérios de repasse são divididos em: 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 a qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária; e 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 são repassados mensalmente de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais, Municipais e do Distrito Federal. Os valores do PFVISA serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e, caso haja redução populacional, serão mantidos os valores atualmente praticados. O PVVISA é constituído por incentivos financeiros específicos para implementação de estratégias nacionais de interesse da vigilância sanitária, relativos à necessidade de saúde da população, definidas de forma tripartite. Compete à ANVISA informar ao Fundo Nacional de Saúde, conforme ato específico do Ministério da Saúde, a suspensão da transferência dos recursos financeiros do Componente da Vigilância Sanitária do Bloco de Vigilância em Saúde, a partir do monitoramento dos dados relativos ao SCNES e SIA-SUS (Brasil, 2013).

Para o ano de 2015, os valores de repasse financeiro foram atualizados através da publicação da Portaria n.º 59 de 29 de Janeiro de 2015 (Brasil, 2015b). O quadro abaixo foi extraído da referida portaria e demonstra os repasses financeiros federais destinados ao componente de Vigilância Sanitária, do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde para Estados e Distrito Federal, referente ao PFVISA (Brasil, 2015b).

Quadro 1. Anexo I da Portaria 59 de Janeiro de 2015 referente ao repasse financeiro para unidades da federação do PVFISA para o ano de 2015.

ANEXO I - DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS OS ESTADOS (PVISA) FONTE: FNS E ANVISA					
Estados	Estimativa de Pop. IBGE 2014	Repasse PVISA Anual Fonte: FNS (A)	Repasse PVISA Mensal Fonte: FNS (A)	Fato Gerador Anual Fonte: ANVISA (B)	Fato Gerador Mensal Fonte: ANVISA (B)
Acre	790.101	630.000,00	52.500,00	9.732,09	811,01
Alagoas	3.321.730	996.519,00	83.043,25	27.065,94	2.255,50
Amapá	750.912	630.000,00	52.500,00	4.315,82	359,65
Amazonas	3.873.743	1.162.122,90	96.843,58	87.520,93	7.293,41
Bahia	15.126.371	4.537.911,30	378.159,28	437.428,84	36.452,40
Ceará	8.842.791	2.652.837,30	221.069,78	328.160,85	27.346,74
Distrito Federal	2.852.372	855.711,60	71.309,30	79.629,98	6.635,83
Espírito Santo	3.885.049	1.165.514,70	97.126,23	132.604,21	11.050,35
Goiás	6.523.222	1.956.966,60	163.080,55	724.017,94	60.334,83
Maranhão	6.850.884	2.055.265,20	171.272,10	49.806,06	4.150,51
Mato Grosso	3.224.357	967.307,10	80.608,93	197.056,03	16.421,34
Mato Grosso do Sul	2.619.657	785.897,10	65.491,43	123.272,64	10.272,72
Minas Gerais	20.734.097	6.220.229,00	518.352,43	1.808.342,27	150.695,19
Pará	8.073.924	2.422.177,20	201.848,10	212.241,23	17.686,77
Paraíba	3.943.885	1.183.165,50	98.597,13	82.497,70	6.874,81
Paraná	11.081.692	3.324.507,60	277.042,30	1.230.524,17	102.543,68
Pernambuco	9.277.727	2.783.381,10	231.943,18	327.552,05	27.296,00
Piauí	3.194.718	958.415,40	79.867,95	48.621,98	4.051,83
Rio de Janeiro	16.461.173	4.938.351,90	411.529,33	2.993.415,76	249.451,32
Rio Grande do Norte	3.408.510	1.022.553,00	85.212,75	67.672,17	5.639,35
Rio Grande do Sul	11.207.274	3.362.182,20	280.181,85	1.168.156,04	97.346,34
Rondônia	1.748.531	630.000,00	52.500,00	17.056,94	1.421,41
Roraima	496.936	630.000,00	52.500,00	859,73	71,64
Santa Catarina	6.727.148	2.018.144,40	168.178,70	822.551,58	68.545,97
São Paulo	44.035.304	13.210.591,20	1.100.882,60	6.842.795,91	570.232,99
Sergipe	2.219.574	665.872,20	55.489,35	47.319,26	3.943,27
Tocantins	1.496.880	630.000,00	52.500,00	9.233,45	769,45
TOTAL BRASIL	202.768.562	62.395.560,60	5.199.630,05	17.879.451,59	1.489.954,30

Fonte: Brasil, 2015b.

6. RECURSOS HUMANOS EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A composição da equipe de vigilância sanitária não segue um padrão oficial e dependerá da organização, recursos financeiros, demandas de serviço e infraestrutura física e perfil profissional alocado (Brasil, 2005). Segundo o censo dos trabalhadores da vigilância sanitária, realizado em 2004, a maior parte dos trabalhadores de Vigilância Sanitária encontra-se na Região Sudeste, onde também se concentra a maior parcela da população e da produção do país. A Região Sudeste concentrou 47,9% do total dos trabalhadores (Brasil, 2005).

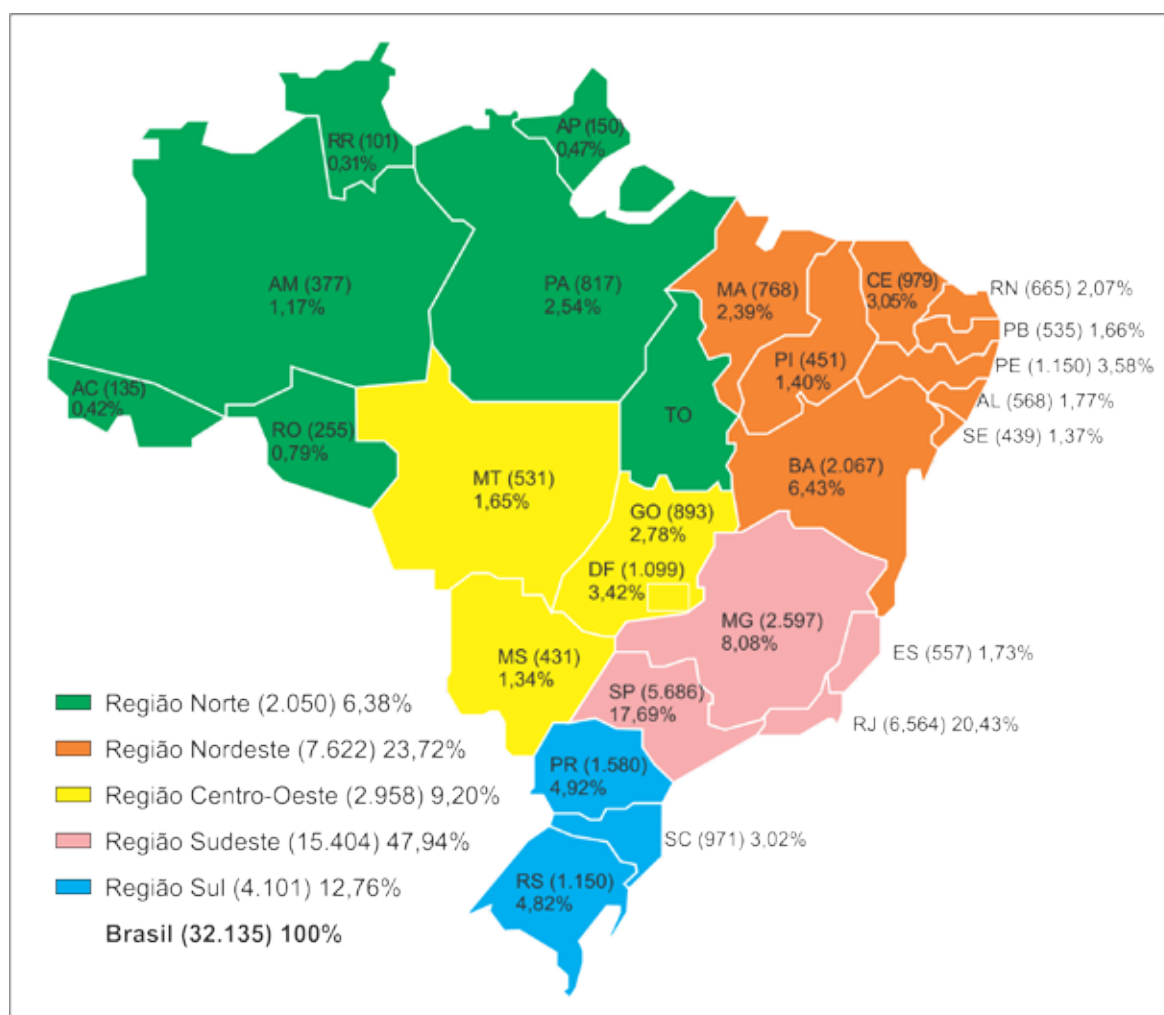


Figura 10: Frequência e percentual de trabalhadores de Vigilância Sanitária por estados e regiões.
Fonte: Brasil, 2005.

O importante é que os profissionais tenham formação e capacitação compatíveis com as funções a serem desempenhadas. O que significa dizer que a equipe deve ser multiprofissional, pois os campos de atuação da vigilância sanitária se inter-relacionam.

Em relação à função de fiscalização, por exemplo, de um consultório odontológico envolverá conhecimentos: equipamentos e procedimentos específicos em Odontologia; esterilização de materiais gerais e específicos; medicamentos; radiação ionizante; segurança do trabalho; cuidados com os resíduos e meio ambiente, entre outros (Kaster et al., 2012).



Figura 11: Censo nacional dos trabalhadores da vigilância sanitária
Fonte: Brasil, 2005.

A verificação da estrutura física dos estabelecimentos é a mais tradicional executada pela vigilância sanitária e engloba aspectos como: ventilação; luminosidade; acessibilidade a portadores de mobilidade reduzida; piso, tetos e paredes; sanitário; mobiliário. Entretanto é importante ressaltar que estrutura física adequada não assegura que os procedimentos executados pelo profissional e equipe estão seguros. Além do que, o simples uso de equipamentos de proteção individual (EPI) como barreira protetora para reduzir ou prevenir o contato com sangue e secreções não garantem que o processo de trabalho desenvolvido esteja correto ou seguro. A não utilização de outros EPI como: gorro, jaleco, máscara e óculos, quebram o processo de biossegurança e promove a disseminação de possíveis patógenos. Conhecer a situação das VISA municipais, nos aspectos estruturais e organizacionais, focalizado especialmente nos recursos humanos e processos de trabalho adotados, constitui uma importante ação para o investimento em capacitação técnica e gerencial dos trabalhadores da vigilância sanitária (Brasil, 2005; Garibotti et al., 2006; Souza e Costa, 2010).

O simples fato da não lavagem das mãos entre um atendimento e outro, por parte dos profissionais, pode ocasionar uma contaminação cruzada, colocando em risco a saúde do profissional e do paciente (Kaster et al., 2012)

7. VIGILÂNCIA SANITÁRIA E A RESPONSABILIDADE DE PROTEÇÃO À SAÚDE

À medida que o sistema de saúde público brasileiro se consolida, novos desafios surgem para atender as demandas por saúde da população. O pacto em defesa do Sistema Único de Saúde definiu uma agenda de compromissos pela saúde (Pacto em Defesa da Vida, Pacto de Gestão e Pacto pela Vida) entre os três entes federativos. Em linhas gerais propõe uma política de saúde transversal, integrada e intersetorial que promova o diálogo entre as diversas áreas do setor sanitário e do governo, setor privado, não governamental, com a participação da sociedade com o objetivo de criar redes de corresponsabilidade em que todos sejam partícipes e responsáveis pelos cuidados com a saúde.

Ações fiscalizatórias

Os constantes processos de mudanças econômicas, políticas, culturais e sociais refletem diretamente no estado de saúde de indivíduos e populações. A promoção da saúde, como estratégia de saúde, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde e enfoca novos aspectos que determinam o processo saúde/doença em nosso país (Parada, 2010).

O conceito fiscalização refere-se à ação verificadora do cumprimento da norma, e se dá muitas vezes, mediante a inspeção dos estabelecimentos, atividades e ambientes. O termo controle é mais amplo, portanto, mais apropriado para definir as ações sanitárias, pois inclui a fiscalização e se estende desde a regulamentação até as ações educativas e de informação ao consumidor (Teixeira et al., 2000).

A vigilância sanitária tem o objetivo de fiscalizar e orientar ações que possam minimizar os riscos inerentes as práticas de saúde e equipe, como dos pacientes/usuários. Essas ações visam verificar não só aspectos de estrutura física, mas de fluxo de trabalho, recursos humanos, saúde do trabalhador, processamento de artigos (esterilização e desinfecção), lixo, uso de equipamentos de proteção, entre outros (Parada, 2010; Costa, 2014).

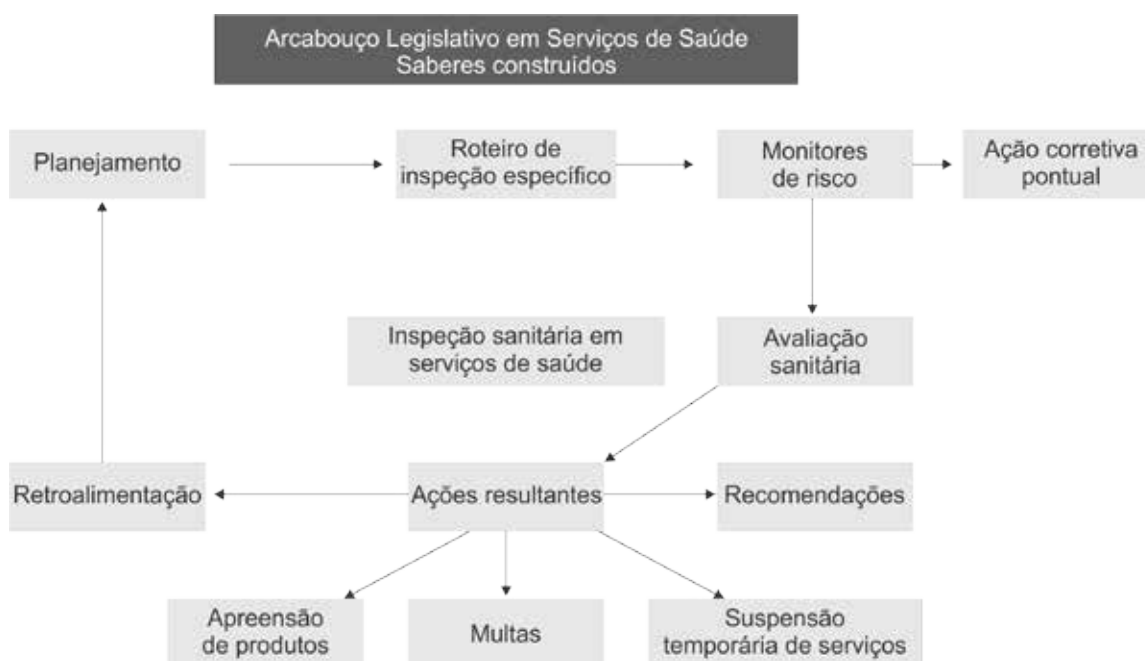


Figura 12: Diagrama para subsidiar as ações de vigilância sanitária
Fonte: Costa, 2014.

Com a adoção de um conceito ampliado de saúde a vigilância sanitária também assume um novo conceito com ações de proteção à saúde como interventor na construção do acesso aos bens essenciais de interesse da saúde; devendo ser revalorizadas as ações educativas e de desenvolvimento da consciência sanitária, estendendo a compreensão da Vigilância Sanitária para além do seu caráter regulador e fiscalizador (Lucchese, 2001).

Não basta elaborar relatórios quantitativos com o número de inspeções realizadas, interdições, cadastramentos e multas expedidas. Estas informações pouco contribuem para a construção da consciência sanitária (Costa, 2014).

Portanto, as políticas públicas devem, cada vez mais, estimular a participação social e o exercício da cidadania numa articulação com todos os sujeitos envolvidos: movimentos sociais, trabalhadores da saúde e gestores na busca pela melhoria da qualidade de vida da população e da construção coletiva de saberes que reduzam as situações de vulnerabilidade em saúde (Brasil, 2006a; Brasil, 2007b; Souza e Costa, 2010; Brasil, 2013; Costa, 2014).



Agrotóxicos e Toxicologia
Alimentos
Cosméticos
Derivados do Tabaco
Insumos Farmacêuticos
Laboratórios
Medicamentos
Portos, Aeroportos e Fronteiras
Produtos para a Saúde
Saneantes
Sangue, Tecidos e Órgãos
Serviços de Saúde

Figura 13: Áreas de atuação da ANVISA na proteção à saúde
Fonte: Brasil, 2015a.

Uma fiscalização que não gere informação ao consumidor perde o sentido; uma punição que não estabeleça uma rede social de condenação tende a se tornar uma ação repetitiva e passiva de proteção corporativa; a análise de uma propaganda ou informação enganosa nas especificações técnicas dos produtos só rompe o círculo da ideologia do consumo se consegue se tornar um patrimônio da coletividade (Campos et al., 2001).

8. A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA A CONSTRUÇÃO DA CONSCIÊNCIA SANITÁRIA

A partir da criação dos conselhos de saúde pela Lei nº. 8142/90 novos espaços foram abertos para a participação da população na elaboração, controle e implementação de políticas públicas em saúde. Outro espaço de participação é a Comissão Intersectorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia descrita no Artigo 13, inciso III da Lei nº. 8080/90 e tem como finalidade a articulação da Vigilância Sanitária com as demais áreas da saúde (Brasil, 1990).

A I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, realizada em 2001, teve como tema a efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária para a proteção e promoção da saúde, bem como a construção da cidadania. O centro das discussões foi sobre os avanços e entraves no processo de efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Relatório..., 2001).



Figura 14: 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária
Fonte: Relatório..., 2001.

Entretanto, as instâncias formais de participação popular perdem seu valor se a sociedade não souber o que é vigilância sanitária e da importância do seu papel na proteção da saúde (Parada, 2010). Portanto, se faz necessário a elaboração de estratégias e ações que elevem a consciência sanitária da população para que a real participação popular se efetive (Chagas e Vilella, 2014).

Um dos caminhos é a articulação interinstitucional entre a universidade e a vigilância sanitária na criação de espaços para discussão, capacitação e pesquisa que desenvolvam o nível de compreensão do que é vigilância sanitária para profissionais de saúde (Chagas e Vilella, 2014). Assim, é possível a execução de atividades educativas e de comunicação permanente que possam conscientizar a sociedade na percepção do que é risco sanitário e como fazer escolhas saudáveis. Quanto maior o nível de consciência sanitária de profissionais de saúde e da população maior será a capacidade de escolha por produtos e

serviços de qualidade e, consequentemente, a exposição ao risco de adoecimento diminui (Garibotti et al., 2006; Souza e Costa, 2010).

A educação sanitária é uma prática educativa que induz um determinado público a adquirir hábitos que promovam a saúde e evite a doença e tem de ser um processo contínuo, permanente e construído na medida em que o indivíduo aprofunde seu conhecimento (Juliano e Assis, 2004). O foco da educação sanitária deve estar voltado para profissionais e população em relações de interação, comunicação, cooperação e responsabilidade conjunta em solucionar problemas (Chagas e Vilella, 2014).

A comunicação e a educação podem ganhar expressão concreta nas ações de mobilização dos profissionais de saúde, da comunidade e dos movimentos sociais, para que esses atores reconstruam suas práticas. O desenvolvimento de instrumentos e mecanismos que possibilitem o diálogo entre os segmentos da sociedade, como os fóruns de discussão e as audiências públicas, são outras estratégias de estímulo a participação da sociedade que podem estimular o debate dos principais desafios da área (Brasil, 2007a).

Segundo a Carta de Ottawa, a promoção da saúde é a “[...] capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”, o que demonstra a necessidade de empoderamento das pessoas como atores principais na manutenção da saúde individual e coletiva (Lalonde, 1974; Brasil, 2002b).

A educação sanitária, a participação da comunidade, o controle social, são instrumentos que aos poucos estão sendo incorporados às práticas da vigilância sanitária (Cohen et al., 2004) – Quadro 2.

Quadro 2: Ações de vigilância sanitária por percentual executadas em municípios do estado do Rio de Janeiro entre 2005 e 2006

AÇÕES	%
Ações educativas	80
Inspeção sanitária em comércio de alimentos	78
Monitoramento da qualidade da água (coleta de amostra)	74
Inspeção sanitária em outros serviços	68
Material educativo publicado	58
Inspeção sanitária em comércio de medicamentos	55
Inspeção sanitária em serviços de saúde	37
Qualidade de alimentos (coleta de amostras)	37

Fonte: Cohen et al., 2004.

A informação, a educação e a comunicação são instrumentos fundamentais para a democratização do conhecimento e desenvolvimento das práticas em VISA. Também contribuem para a formação de cidadãos conscientes contra as práticas nocivas do sistema produtivo. O uso da informação permite também intervir nos problemas sanitários e na prevenção de riscos à saúde e, consequentemente, no processo de proteger e promover a saúde (Chagas e Villela, 2014).

É preciso criar canais de comunicação com a comunidade, consumidores, profissionais de saúde, instituições, Ministério Público, universidades, sindicatos e usuários, com o objetivo de informar e orientar o mais claramente possível, não somente aqueles que estarão sujeitos a controle sanitário, mas

também a população, no que se refere ao encaminhamento de reclamações, denúncias, direitos, conhecimentos técnicos e normativos. A extensão do conjunto de atores sociais e a visibilidade nas práticas de VISA, mediante articulação intersetorial e intrasetorial, conhecimento transdisciplinar e ações informativas e de educação, poderão ampliar o seu universo de ações promotoras de saúde (Campos et al., 2001).



Figura 15: Simpósio realizado em Porto Alegre (RS) em 2013
Fonte: Anais..., 2013.

Neste contexto, a criação de canais de participação social, consignada na Lei nº. 8080/90, configura-se um grande desafio. Uma alternativa para a aproximação do Estado com o cidadão é a consolidação da ouvidoria, não só como canal para recebimento de reclamações, mas também, como fonte de informação e dados importantes para avaliação e análise do direcionamento administrativo a que se vincula (Brasil, 1990). Consequentemente, um melhor atendimento ao usuário/cidadão.

A criação de canais de difusão de informações, dinâmicos, de fácil acesso e horizontalizados, captando a realidade do cidadão em seu espaço social e suprindo-o de informações necessárias para torná-lo ativo, constitui-se em um instrumento que promoverá a legitimidade dos serviços da VISA (Campos et al., 2001). Portanto, o acesso à informação é importante para estimular a participação popular e na formação de cidadãos conscientes. E quem deve promover este “acesso à informação” é o Estado em todos os seus níveis.

Vale citar o estudo de Arnstein (1969), que descreveu uma escada de participação cidadã dividida em três níveis e 8 degraus. Cada degrau acima aumenta o grau de participação popular. Nível da não participação: 1 – manipulação; 2 – terapia. Nível de concessão mínima de poder: 3 – informação; 4 – consulta; 5 – pacificação. Nível de poder cidadão: 6 – parceria; 7 – delegação de poder; 8 – controle cidadão. Este estudo nos permite uma reflexão sobre os diferentes níveis e participação de pessoas nas diferentes instâncias, conselhos e entidades e o quanto isso se torna preponderante para uma atuação mais eficaz da vigilância sanitária no contexto das políticas públicas.

Para Rezende (1986) a educação é um instrumento de transformação social, não só a educação formal, mas sim toda ação educativa que propicie a reformulação de hábitos e a aceitação de novos valores, e que estimule a criatividade. Neste sentido, a construção do conhecimento está comprometido com o agir e que permite mudanças na vida das pessoas dentro de seu contexto social e político. O principal ponto é a mudança, mas a mudança para “melhor”. Para ocorrer esta mudança para melhor é preciso o “envolvimento” de todos os no processo de construção do conhecimento. As pessoas ao longo de sua vida acumulam conhecimento e assim, constroem seu próprio saber baseado em suas experiências cotidianas e você será capaz de mudar uma realidade a partir do momento que você a conhece (Chagas e Vilella, 2014).



Figura 16: Intersecções entre vigilância sanitária e promoção da saúde
Fonte: Chagas e Vilella, 2014.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É consenso que a pesquisa é ferramenta importante para a tomada de decisões na definição de políticas e no planejamento em saúde, contribuindo para a melhoria das ações de promoção, proteção, recuperação da saúde e a diminuição das desigualdades sociais (Brasil, 2007a).

Observa-se que os profissionais da vigilância sanitária necessitam de conhecimento aprofundado em legislações relacionadas a produtos, serviços, ambientes e equipamentos, além de conhecimentos em direito sanitário e saúde pública. Portanto, torna-se necessário o desenvolvimento de planos de capacitação, formação e qualificação do profissional em vigilância sanitária para o desenvolvimento de uma atuação crítica, imparcial e autônoma, o que é fundamental para a melhoria do processo de trabalho.

Outro ponto é que para se promover saúde o profissional deve mudar sua visão do aspecto fiscalizador / burocrática para uma visão orientadora / educativa. Sobre tudo saber dimensionar o que é risco, como minimizar e como não se expor. Para que isso ocorra é necessária a preparação dos profissionais

para atuar interagindo com profissionais de outras áreas da saúde, de maneira a ampliar e integrar seus conhecimentos. A isso se junta o conhecimento de que a prevenção primária deve ser estimulada tanto sob o aspecto econômico, biológico e sanitário.

Historicamente no Brasil, as ações referentes à saúde individual têm merecido mais atenção do que às referentes à saúde coletiva. As ações da Vigilância Sanitária talvez sejam uma das práticas coletivas mais negligenciadas pelas políticas de saúde. Com equipes insuficientes, sem acesso a treinamentos e atualizações, submetidas a baixos salários, exposição a conflitos de interesses financeiros e políticos, agressões físicas e morais, dentre tantos outros problemas. Infelizmente, a vigilância sanitária só é lembrada em casos de repercussão nacional e com grande apelo da mídia e não como prática capaz de promover a proteção e melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

O movimento para a municipalização das ações de saúde em poucas experiências incorporou as ações de vigilância em sua programação. Em um grande número de municípios as ações são executadas pelo Estado, em muitos casos distantes da realidade municipal. Além das ações de vigilância sanitária devem fazer parte do planejamento das ações programáticas de saúde e adquirir prioridade política. Assim, a vigilância sanitária deverá ser entendida como componente da atenção integral à saúde com práticas de promoção e prevenção de riscos e um forte instrumento educativo em saúde, que é fundamental para a melhoria de sua eficácia. Apesar das especificidades das ações de vigilância sanitária ser voltada para a regulação de produtos e serviços é importante a abertura de espaços de interlocução com o meio acadêmico para a produção de pesquisa científica e o reconhecimento dela como parte da saúde coletiva, tendo em vista, seu caráter multiprofissional, inter-setorial e interdisciplinar.

Ações educativas desenvolvidas no âmbito da vigilância sanitária são restritas e acontecem de forma esporádica e pontual. Um dos principais desafios da construção sanitária é promover o acesso à informação para toda a população e não somente para parte dela.

Portanto, vigilância sanitária deve assumir seu papel de promoção e proteção da saúde através da disseminação de informações sobre a qualidade de produtos e serviços, principalmente os públicos, disponibilizados para a população que se encontra em situação de vulnerabilidade sanitária. Cobra-se do setor privado, mas como está a qualidade do serviço público de saúde? Reforça-se que a vigilância sanitária pode e deve ampliar o seu leque de atuação e incluir no seu método de trabalho ações que estimulem o diálogo e a troca de experiências entre profissionais de saúde e sociedade servindo como interlocutora desse processo. As ações de educação sanitária devem contribuir, decisivamente, para transformar o dever do Estado em estado de dever, que é função de todos: indivíduos, instituições, coletividades e governos.

10. REFERÊNCIAS

- Anais do VI SIMBRAVISA, II Pan-americano de Vigilância Sanitária; 2013 out 26-30; Porto Alegre, RS. Porto Alegre: ABRASCO; 2013 [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: <http://www.simbravisa.com.br/>
- Arnstein SR. A ladder of citizen participation. J Am Inst Plann. 1969; 35 (4): 216-24.
- Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 [acesso 2015 mar 18]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços corres-

- pondentes e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União; 1990 set 20. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
- Brasil. Lei nº 9.782, de 26 de Janeiro de 1999 [acesso 2015 mar 10]. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências [internet]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782compilado.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cartilha de vigilância sanitária [internet]. 2. ed. Brasília: ANVISA; 2002a [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_vigilancia.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b. 56p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Censo nacional dos trabalhadores da vigilância sanitária [internet]. Brasília: ANVISA; 2005 [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/censo_2004/historico/publicacao.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006a [acesso 2015 maio 15]. Divulga o pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 354, de 11 de agosto de 2006b [acesso 2015 mar 18]. Aprova e promulga o Regimento Interno da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e dá outras providências [internet]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/regimento_interno/Portaria354_010410.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano diretor de vigilância sanitária [internet]. Brasília: ANVISA; 2007a [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/pdvisa_eixos_diretrizes.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007b [acesso 2015 fev 28]. 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 [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em saúde. Brasília: CONASS; 2011. v.6, pt. 2.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013 [acesso 2015 mar 18]. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Proteção à saúde [acesso 2015a mar 18]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/home>
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 59, de 29 de janeiro de 2015b. Atualiza, para o ano de 2015, os valores dos repasses de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária, do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde para Estados, Municípios e Distrito Federais destinados à execução das ações de vigilância sanitária, em função do ajuste populacional de que trata o art. 8º, da Portaria nº 475/GM/MS, de 31 de março de 2014. Diário Oficial da União. 2015 fev 2; Seção 1, p.43.
- Campos FE, Werneck GAF, Tonon LM. Vigilância sanitária. Belo Horizonte: Coopmed; 2001. 129p.
- Chagas MF, Villela WV. Vigilância sanitária e promoção de saúde: apontamentos para além da regulação e controle. Vigil Sanit Debate. 2014; 2(3): 30-6.

- Chapola R. Vigilância interdita restaurante do Palácio dos Bandeirantes. O Estado de S Paulo [internet] 2015 ago 03 [acesso 2015 jul 03]. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,vigilancia-interdita-restaurante-do-palacio-dos-bandeirantes,1737450>
- Código sanitário do município de São Paulo [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: http://images.livriasaraiva.com.br/imagemnet/imagem.aspx/?pro_id=155739&qld=90&l=370&a=-1
- Cohen MM, Moura MLO, Tomazelli JG. Descentralização das ações de vigilância sanitária nos municípios em Gestão Plena, Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2004; 7(3): 290-301.
- Colpo JC, Nunes RN, Araújo WN. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre saúde do trabalhador na coordenação de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados do Pará, Brasil, 2008. *Vigil Sanit Debate*. 2013; 1(2): 44-52.
- Costa EA, organizador. Vigilância sanitária: temas para debate [internet]. Salvador: EDUFBA; 2009 [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: <http://books.scielo.org>.
- Costa EAM. Vigilância sanitária em serviços de saúde: os desafios da prática. *Vigil Sanit Debate*. 2014; 2(2): 27-33.
- Covem EM. Descentralização das ações de vigilância sanitária. *Ciê Saúde Colet*. 2010; 15(Suppl 3): 3318-28.
- De Seta MH, Silva AA. Gestão e vigilância sanitária: modos atuais de pensar e fazer. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. 284p.
- Freitas FP, Santos BMO. Irregularidades sanitárias como marcador de risco à saúde: um desafio para a vigilância sanitária. *Vigil Sanit Debate*. 2013; 1(1): 43-51.
- Garibotti V, Hennington EA, Selli L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(5): 1043-51.
- Juliano IA, Assis MMA. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998 -2000). *Ciê Saúde Colet*. 2004; 9(2): 493-505.
- Kaster FPB, Lund RG, Baldissera EFZ. Gerenciamento dos resíduos radiológicos em consultórios odontológicos da cidade de pelotas (RS, Brasil). *Arq Odontol*. 2012; 48(4): 242-50.
- Lalonde M, editor. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare; 1974. 75p.
- Luchese G. globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
- Marangon MS, Scatena JHG, Costa EA. Vigilância sanitária: estratégias para sua descentralização em Mato Grosso, 1996-2005. *Ciê Saúde Colet*. 2010; 15(Suppl 3): 3587-601.
- Parada R. O limite da ação setorial: federalismo, saúde e vigilância sanitária. *Ciê Saúde Colet*. 2010; 15(Suppl 3): 3318-28.
- Piovesan MF, Padrão MVV, Dumont MV, Gondim GM, Flores O, Pedrosa JI, et al. Vigilância sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(1): 83-95.
- Relatório final da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária; 2001 nov 26-30; Brasília, DF. Brasília: ANVISA; 2001 [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1conf_nac_vig_sanit_relatorio_final.pdf
- Rezende ALM. Saúde: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez; 1986.159p.
- São Paulo (Cidade). Lei municipal nº 13.725, de 9 de janeiro de 2004 [acesso 2015 mar 18]. Institui o código sanitário do Município de São Paulo [internet]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/LeiMunicipal_2004_13725_1254947378.pdf
- Sede ANVISA [Google fotos]. Publicado em 2008 jun 18 [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: <https://plus.google.com/photos/103654274947133761276/albums/5629221839654236641?banner=pwa>

- Souza GS, Costa EA. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(Supl 3): 3329-40.
- Taglietta MFB, Bittar TO, Pereira AC. Vigilância em saúde. In: Pereira AC, organizador. *Tratado de saúde coletiva em odontologia*. Nova Odessa: Napoleão; 2009. cap.7.
- Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: Rozenfeld S, organizador. *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000.
- Vigilância sanitária faz ação educativa em São José dos Pinhais. Publicado em: 2015 ago 07 [acesso 2015 jul 03]. Disponível em: <http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=85278>

CAPÍTULO 18 – CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR

Autores:

Jussara Moraes Hatae Campoville

Enfermeira, Especialista em Auditoria dos Serviços de Saúde e Gestão Pública de Saúde, Mestranda em Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP, Enfermeira Auditora Secretaria Municipal de Saúde – Bastos/SP

Luiz Fernando Galvão Ferrari

Cirurgião-dentista, Especialista em Gestão Pública de Saúde, Mestrando em Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP, Coordenador Municipal de Saúde Bucal – Angatuba/SP. Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Angatuba/SP (2005 a 2009)

Nelo Augusto Poletto

Cirurgião-dentista, Mestrando em Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP, Coordenador Municipal de Saúde Bucal – Candido Mota/SP

Denise de Fátima Barros Cavalcante

Cirurgiã Detnista, Especialista em Saúde Coletiva e Gestão Financeira em Saúde, Ex Secretária de Saúde e Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Condado-PE e ex-coordenadora de saúde bucal de Limoeiro, PE.

Objetivo do Capítulo:

Fomentar o aprendizado, a crítica e a participação dos atores envolvidos nas políticas públicas de saúde, contextualizando-os em uma rede que colabora, avalia e delibera as demandas e desafios do conjunto social, colocando-os como protagonistas na institucionalização da participação Social.

Conteúdo Programático:

- Introdução;
- Conselhos de saúde: Democracia e Participação;
- Participação Social em Saúde e o Sistema Único de Saúde;
- Controle Institucional;
- O Controle Social;
- Participação Popular;
- Participação e Representação;
- Participação na Política de Saúde;
- Bases legais do Controle Social;
- Considerações Finais;
- Experiência Municipal.

Leitura Obrigatória:

Durán PRF, Gerschman S. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. *Saúde Soc.* 2014; 23(3): 884-96.

Leitura Complementar:

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 208p

Brasil. Tribunal de Contas da União. Orientações para conselheiros de saúde. Brasília: TCU; 2010. 127p.

1 – INTRODUÇÃO

A Saúde – enquanto campo ideológico – não é neutra, expressa o resultado do confronto entre as políticas sociais e econômicas adotadas pelos governos não raras vezes ditadas por agrupamentos econômicos nacionais e internacionais e a pressão de movimentos sociais organizados. A área da Saúde veicula interesses e ideologias diversas, das quais identificamos, grosso modo, a disputa de dois grupos: um representado pelo pensamento neoliberal que defende o modelo privatista e elitista das práticas de saúde, com ênfase na utilização de tecnologia pesada; o outro construído à luz do socialismo, idealiza um sistema de saúde público, equânime, de alcance coletivo. Assim, a Saúde não deve ser vista como área isolada uma vez que sofre e exerce pressão dos e sobre outros setores da sociedade; é um campo do saber, portanto local de disputa de relações de poder (Brêtas e Oliveira, 1999).

Atualmente a concepção de gestão pública do SUS é essencialmente democrática, devendo ser submetida ao controle da sociedade, garantida e oficializada a partir da Lei 8142/90. A forma prevista no SUS para a democratização do sistema de saúde é a criação de Conselhos de Saúde, bem como a realização de Conferências de Saúde, constituindo mecanismos de controle social por meio da participação indireta da população, através de representação, na formulação, na gestão e no acompanhamento das políticas de saúde em cada esfera do governo

Dessa forma, os Conselhos de Saúde, com a presença de segmentos sociais tradicionalmente excluídos, devem acompanhar as ações do Estado, assegurando políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados (Carvalho, 1995).

Para que o controle social ocorra efetivamente, pressupõe-se que os Conselhos sejam atuantes e deliberativos, sendo necessária a existência de sujeitos políticos e sociais de fato representativos e com legitimidade junto aos grupos sociais que se propõem a representar, de forma a expressar o ideal coletivo.

Apesar do Controle Social em Saúde ter surgido em um contexto em que todo avanço da participação social seria um ganho para a sociedade civil, fortalecendo as instituições democráticas após o regime militar de 1964, hoje merece uma avaliação mais crítica, no sentido de apontar os desafios e as contradições em relação ao controle público do SUS e à efetiva participação da população.

Embora não seja propósito deste texto estender-se em análises técnico-conceituais, não há como continuá-lo sem reafirmar que o grau da participação organizada da sociedade civil nas questões que dizem respeito diretamente ao seu bem-estar e qualidade de vida, mede em última instância, além da própria concretização dessa inalienável aspiração, o nível da consciência social dos direitos, e do processo civilizatório, que por sua vez, abrange os valores que se desenvolvem simultaneamente na Sociedade e Estado (Brasil, 2011a).

No Brasil, os valores, a consciência de direitos e a participação organizada, foram amplamente debatidas no seio da sociedade, incluindo o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, nos anos de 1986 a 1989, passando pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, pela Assembleia Nacional Constituinte e pelo Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados Federais de 1989 (Brasil, 2006). Dessa forma nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS), uma avançada política pública, bem como as bases legais adequadas para o seu financiamento e participação organizada da sociedade, assegurando o exercício do Controle Social.

Saiba Mais:

A lei Orgânica da Saúde: 8.080/90 estabelece duas formas de participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde: as *Conferências e os Conselhos de Saúde* onde a comunidade através dos seus representantes pode opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as ações de saúde nas três esferas do governo: Federal, estadual e Municipal.

Fonte: Brasil, 1990a.

2 – CONSELHOS DE SAÚDE: DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO

A história dos conselhos nos moldes da organização atual em todos os seguimentos dos três entes federativos: União, Estado e Município, teve sua oficialização junto com a criação do SUS, em 1990, através da lei 8.142/90, portanto, bastante recente. Antes, existia apenas o Conselho Nacional de Saúde (CNS), desde 1937.

Saiba Mais:

No período anterior a 1990, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi um órgão consultivo do Ministério da Saúde, cujos membros eram indicados pelo Ministro de Estado. A Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, instituiu o CNS e reformulou o Ministério da Educação e Saúde Pública, e debatia apenas questões internas. Nesse período, o Estado não oferecia assistência médica, a não ser em casos especiais, como tuberculose, hanseníase e doença mental.

Com a separação do Ministério da Saúde e da Educação Pública, o CNS foi regulamentado pelo Decreto n.º 34.347, de 8 de abril de 1954, para a função de assistir ao Ministro de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde. O CNS era composto por 17 membros e as funções de secretaria eram exercidas por servidores do próprio Ministério da Saúde. Em 1959, o Decreto n.º 45.913, de 29 de abril de 1959, aumentou o número de conselheiros para 24. O Decreto n.º 847, de 5 de abril de 1962, reafirmou a finalidade do Conselho de assistir ao Ministro de Estado da Saúde, com ele cooperando no estudo de assuntos pertinentes a sua pasta. O número de conselheiros passou para 27.

Em um segundo momento, a atuação do conselho foi ampliada pelo Decreto nº 67.300, de 30 de dezembro de 1970. Nessa fase cabia aos conselheiros examinar e emitir parecer sobre problemas na saúde, bem como opinar sobre matérias submetidas ao Ministro. Em janeiro de 1987, foi publicado o Decreto nº 93.933, que estabeleceu o controle Social no Brasil, com funções normativas e de assessoramento ao Ministro da Saúde. Esse Conselho era composto por 13 membros indicados pelo governo, sendo 7 deles, representantes da sociedade civil.

A redemocratização do Brasil, ocorrida a partir da década de 1980, reforçou a ideia de que a participação da população na gestão dos negócios públicos era fundamental à consolidação da nova ordem recém-implantada. Nesse sentido, foram institucionalizados espaços públicos que tornaram possível a participação dos cidadãos na gestão pública (Cortes, 1998; Labra e Figueredo, 2002; Bógus, 2005). A instituição dos Conselhos de Saúde nos Municípios brasileiros, notadamente a partir da década seguinte, insere-se nesse contexto. Essas instâncias consolidaram-se, desde então, como instrumentos de ampliação do espaço democrático, possibilitando a inclusão dos cidadãos no controle da gestão pública (Bógus, 2005). Ocorre, todavia, que a atuação dessas instâncias sofre influência de uma série de características decorrentes de questões institucionais e dos padrões sociais e culturais existentes na sociedade brasileira (Cortes, 2002).

Na história republicana brasileira o país viveu breves períodos democráticos intercalados com períodos ditatoriais e construiu-se no Brasil uma cultura extremamente autoritária, patrimonialista (mesclada, com o passar dos anos, ao corporativismo) e elitista; herança de uma sociedade escravocrata. O resultado é que, apesar da atual estrutura democrática brasileira, onde se observam aspectos inovadores como os Conselhos e as Conferências de Saúde, o que prevalece são os valores autoritários. E há muita dificuldade em gerar novos valores mais democráticos (Escorel e Moreira, 2008).

Dessa forma, o histórico déficit de exercício pleno da cidadania, caracterizado por baixíssimos graus de participação popular, e os enormes níveis de desigualdade e exclusão social da população, podem comprometer o desempenho destes espaços e colocam em dúvida a sua real capacidade de produzir ações capazes de gerar reflexos na qualidade da gestão das políticas públicas (Escorel e Moreira, 2008).

Análises críticas sobre os Conselhos apontam que essas instâncias perpetuam formas tradicionais de intermediação de interesses como o clientelismo, e que o sistema colegiado de Conselhos e Conferências não consegue promover mudanças nas políticas de saúde e nem no modelo de atenção à saúde. Portanto, a participação social em saúde teria baixa ou nenhuma efetividade tanto na democratização, quanto na transformação das políticas de saúde públicas (Moreira, 2009).

Embora verdadeiras, essas análises parecem desconsiderar que os Conselhos reúnem segmentos diferenciados da sociedade brasileira, com interesses divergentes em termos da política de saúde, como os usuários e os prestadores privados de serviço. Além do que, os Conselhos estão imersos na cultura política nacional que privilegia formas clientelistas e particularistas de resolução de conflitos, portanto, pode-se argumentar que as deliberações só são possíveis diante de uma determinada correlação de forças entre projetos e interesses divergentes (Bógus, 2005; Escorel e Moreira, 2008).

Por tanto, o tema da participação precisa ter sempre sua discussão atualizada porque envolve aspectos que são dinâmicos, como as relações historicamente contextualizadas entre grupos sociais com níveis de poder e interesses diferentes (Bógus, 2005).

3 – PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nos últimos vinte anos, a implantação dos Conselhos Gestores tem apresentado ritmos e desenhos diferenciados, variando conforme as características e a receptividade democratizante dos atores que participam de cada política setorial.

O setor saúde, provavelmente porque mais organizado na luta contra a ditadura militar (tendo, inclusive, produzido uma proposta de reforma de Estado cujos aspectos setoriais foram incorporados à Constituição), foi o que mais avançou e o que logrou melhores resultados em relação a seus Conselhos (Moreira, 2009).

Atualmente, o Brasil apresenta um sistema de saúde altamente participativo. Existem Conselhos de Saúde nos 5.559 municípios do país e nas 27 unidades da federação, e o Conselho Nacional de Saúde, que já existia, adaptou-se às novas normas legais e regulamentou, por meio de resoluções, o funcionamento das instâncias colegiadas de participação social em saúde (Escorel e Moreira, 2008).

Além da participação permanente e regular nos Conselhos de Saúde, de quatro em quatro anos são realizadas Conferências de Saúde nos Municípios, Estados e em âmbito nacional.

Para entendermos como a participação popular em saúde atingiu esta proporção, devemos rever alguns fatos históricos determinantes no processo que a institucionalizou.

Contraditoriamente à conjuntura internacional, em um momento de perda de hegemonia dos Estados de Bem Estar Social e de ascensão das políticas neoliberais no mundo, o Brasil amplia os direitos em saúde, consolidando, no artigo 196 da Constituição Federal, o princípio de que saúde é direito de todos e dever do Estado (Silva, 2009).

Segundo Silva (2009), o modelo de saúde até a década dos anos 1980 era altamente segmentado e fragmentado, excluindo a população mais pobre e não inserida no mercado formal de trabalho do acesso aos serviços assistenciais públicos, centrando a atenção à saúde em consultórios médicos e hospitais privados.

O esgotamento desse modelo coincide com o início do Movimento pela Reforma Sanitária brasileira que surge, portanto, impulsionado por dois “sentimentos”: o da crítica ao modelo vigente e o da construção de um novo sistema de saúde para o país (Silva, 2009).

Este novo modelo, discutido durante a Sétima Conferência Nacional de Saúde realizada em 1980, tinha como referência a Conferência Internacional de Alma Ata, que preconizava a Atenção Primária de Saúde como base e estruturação do novo sistema.

Cabe destacar que a Conferência de Alma Ata, ocorrida em 1978, teve um papel bastante importante no sentido de afirmar a validade e consolidar como necessária a implantação de políticas de saúde que promovessem a participação comunitária nos projetos e nos programas dentro do setor (Bógus, 2005).

Neste contexto, em 1981, foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), o primeiro conselho representativo da sociedade que propôs o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. Esse plano concretizou-se na criação do Plano das Ações Integradas de Saúde (PAIS) que depois se transformou em Ações Integradas de Saúde (AIS). Também nessa ocasião teve início a primeira experiência com colegiados: a partir da implantação da Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), foram criados os Conselhos Interinstitucionais de Saúde nos níveis estadual, municipal e local e, pela primeira vez, na criação desses colegiados, foi feita referência explícita à participação da comunidade na legislação de saúde (Pedalini, 1997; Bógus, 2005).

Em 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final propunha a criação de um sistema de saúde universal, público e gratuito, tendo a participação como um de seus princípios. Dessa forma chegava-se a um dos principais momentos dentro do processo de luta contra a ditadura, pela redemocratização e pela garantia de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, lutas indissociáveis do Movimento da Reforma Sanitária que incorporou e agiu por meio da participação popular (Moreira, 2009).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em seu relatório final, indicava também a constituição de um Conselho Nacional de Saúde, a ser composto por representantes dos Ministérios da área social, dos governos estaduais e das entidades civis de caráter nacional, tais como: partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares, para orientar e avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde; bem como a formação de Conselhos de Saúde no nível local, com representantes eleitos pela comunidade: usuários e prestadores de serviços para participarem no planejamento, execução e fiscalização dos programas e das ações de saúde (Relatório..., 1987).

De forma geral, muitos militantes do Movimento Sanitário, consideraram vaga a referência à forma de participação popular e, durante o processo de regulamentação da Constituição nos anos de 1987 e 1988, foram necessárias exaustivas negociações com o Congresso Nacional e com o poder executivo para a aprovação de regulamentações sobre o tema (Bógus, 2005).

Em 1988, ocorreu a promulgação da nova Constituição brasileira que preconizava como diretrizes para a organização de um Sistema Único de Saúde, a rede regionalizada e hierarquizada, a descentralização e direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, e a participação da comunidade (Brasil, 1988).

Um dos elementos singulares sobre a criação e implantação do SUS e a consolidação de um novo pensamento sobre saúde, refere-se, exatamente, à grande influência que um segmento específico da sociedade civil, no caso o Movimento Sanitário, teve sobre esse processo. Foram seus integrantes, intelectuais e entidades, que elaboraram, em traços gerais, a política, as diretrizes e o modelo operacional do SUS (Gerschman, 2004).

Como consequência é promulgada em 1990 a Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde – LOS), a qual determina para a política de saúde que a gestão, as ações e os serviços do SUS sigam certos princípios estruturantes e estejam de acordo com as diretrizes previstas pela Constituição Federal. Regulamentando a LOS, a Lei 8.142/90 define Conselhos e Conferências de Saúde como instâncias mandatórias que, em níveis nacional, estadual e municipal, institucionalizam a participação (Brasil, 2006).

Tal conjunto de leis produziu importantes mudanças no desenho institucional do Estado brasileiro, revigorando tradicionais espaços de participação da sociedade e criando novos.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em agosto de 1992, numa conjuntura de insatisfação social com as medidas antipopulares do governo Collor e de boicote ao SUS; foi palco de fortes manifestações pelo *impeachment* do então presidente. Adiada por quatro vezes teve como tema: *A Municipalização é o Caminho*; e suas propostas giraram em torno da exigência do cumprimento das Leis Orgânicas da Saúde, do fortalecimento da descentralização e do Controle Social (Correia, 1996).

Quatro anos depois, em 1996, é realizada a 10ª Conferência Nacional de Saúde (*Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida*). Nas suas mesas centrais, debateram-se os problemas e dificuldades na implementação do SUS, e com o objetivo de reafirmá-lo, apresentaram-se experiências concretas, mostrando aspectos exitosos do sistema de saúde. A tônica dos debates foi o protesto contra a política neoliberal implementada pelo governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso (Correia, 1996).

Conhecida como a Conferência do Controle Social, foi a que mais recomendações produziu sobre o caráter deliberativo dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), buscando estabelecer algo semelhante a um fluxo para o processo decisório, estabelecendo que todas as propostas e/ou políticas passem pela deliberação dos Conselhos de Saúde. Ao fazer isto, define deliberação como a decisão do Conselho de Saúde e demanda sua aprovação imediata.

É também a 10ª Conferência Nacional de Saúde que propõe a aproximação dos Conselhos de Saúde com atores que, no sistema político brasileiro, integram o sistema de *check-and-balance* entre os poderes públicos; com os Tribunais de Contas tendo a atribuição de fiscalizar o executivo; o Ministério Público, o poder de interpelar judicialmente e punir o executivo, e também a aproximação com conselhos gestores de outras políticas sociais (Moreira, 2009).

Por último, a Norma Operacional Básica do SUS (NOB-96), implementada a partir de 1998, com o objetivo de “*promover e consolidar o pleno exercício do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios*”, transformou em realidade a institucionalização da participação social em saúde, ao estabelecer como um dos requisitos para realizar o repasse dos recursos financeiros a comprovação de existência de Conselhos de Saúde. É a partir desse momento que muitos Conselhos de Saúde são criados ou passam a funcionar com regularidade, consolidando o sistema participativo em saúde no país (Escorel e Moreira, 2008).

Saiba Mais- Histórico das Conferências

As Conferências de Saúde se iniciaram há 70 anos, cumprindo o disposto no parágrafo único do artigo 90 da Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937. A obrigatoriedade, a periodicidade (4 em 4 anos) e a participação das Conferências de Saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional, apenas foi oficializada com a Lei 8142/90.

Podem convocar as Conferências, o Poder Executivo ou, extraordinariamente, os Conselhos de Saúde, servindo de orientação aos governos na elaboração dos planos de saúde e na definição de ações que sejam prioritárias nas respectivas esferas de gestão. São fóruns privilegiados abertos à participação da sociedade civil com o objetivo de discutir os problemas e soluções para a saúde no país.



Figura 1. Atuação das Instâncias de Controle Social

Fonte: Adaptado de Brasil, 2011b.

Em 15 de dezembro de 2014, o Decreto Presidencial nº 243, convocou a 15ª Conferência Nacional de Saúde, deliberada pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução 500 de 12 de fevereiro de 2015, aprovando o seu regimento como norteamento para os demais entes, com o seguinte Tema: “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”.

As conferências de saúde são espaços democráticos de construção da política de saúde. É um legítimo exercício da democracia a participação do povo na formulação e controle da política pública de saúde. É preciso valorizar esse espaço e é responsabilidade dos gestores do SUS garantir que a discussão se dê em seu estado ou município de forma ampla, transparente e ascendente, e que, dessas reflexões, surjam avaliações e propostas consistentes que se traduzam em políticas públicas de saúde (Brasil, 2010).

4 – O CONTROLE INSTITUCIONAL

Controlar significa verificar se a realização de uma determinada atividade não se desvia dos objetivos ou das normas e princípios que a regem.

Na Administração Pública, o ato de controlar possui significado similar, na medida em que pressupõe examinar se a atividade governamental atendeu à finalidade pública, à legislação e aos princípios básicos aplicáveis ao setor público.

A forma de controle exercida pela própria Administração Pública e por organizações privadas é chamada de controle institucional. No Governo Federal, é exercida por órgãos que têm a competência legal para fiscalizar a aplicação dos recursos públicos. Os artigos 70, 71 e 74 da Constituição Federal brasileira estabelecem que o controle institucional cabe essencialmente ao Congresso Nacional, responsável pelo controle externo, realizado com o auxílio do Tribunal de Contas da União, e a cada Poder, por meio de um sistema integrado de controle interno.

“Controle externo significa o controle administrativo que um Poder (Legislativo, Executivo ou Judiciário) exerce sobre outro Poder. Há regras específicas para o exercício do controle externo, e ele não pode interferir na autonomia daquele que é controlado, ou seja, não pode afetar a independência de outro Poder. Isso está na Constituição Federal. Os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário são poderes da União, independentes e harmônicos entre si” (Brasil, 2010).

Dessa forma, o controle externo deve ser realizado pelo Poder Legislativo com auxílio dos tribunais de contas. No caso do Governo Federal, conforme o mandamento constitucional, o Tribunal de Contas da União – TCU é o responsável por auxiliar o Congresso Nacional no exercício do controle externo, atividade que deve ser apoiada pelo sistema de controle interno de cada poder.

Quanto ao controle interno, na esfera federal, a Controladoria Geral da União (CGU) é o órgão central do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal.

À CGU compete desenvolver funções de controle interno, correição, ouvidoria, além das ações voltadas para a promoção da transparência e para a prevenção da corrupção. Outros órgãos públicos também atuam na prevenção, controle, investigação e repressão da corrupção: o Ministério Público Federal, os Ministérios Públicos Estaduais, o Tribunal de Contas da União, os Tribunais de Contas dos Estados e dos Municípios, as Controladorias dos Estados, a Polícia Federal, as Polícias Estaduais, o Po-

der Legislativo e o Poder Judiciário, apenas para citar os órgãos mais evidentes. Entretanto, tendo em vista a complexidade das estruturas político-sociais de um país e do próprio fenômeno da corrupção, o controle da Administração Pública não se deve restringir ao controle institucional.

É fundamental para toda a coletividade que ocorra a participação dos cidadãos e da sociedade organizada no controle do gasto público, monitorando permanentemente as ações governamentais e exigindo o uso adequado dos recursos arrecadados. A isto se denomina “controle social”.

5 – O CONTROLE SOCIAL

Controle social significa o entendimento, a participação e a fiscalização da sociedade sobre as ações do Estado. Ao praticar o controle social, os cidadãos podem interferir no planejamento, na realização e na avaliação das atividades do governo. Uma dessas áreas é a saúde, coordenada pelo Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 2010). O controle social é um complemento indispensável ao controle institucional realizado pelos órgãos que fiscalizam os recursos públicos. Essa participação é importante porque contribui para a boa e correta aplicação dos recursos públicos, fazendo com que as necessidades da sociedade sejam atendidas de forma eficiente. No entanto, para que os cidadãos possam desempenhar de maneira eficaz o controle social, é necessário que sejam mobilizados e recebam orientações sobre como podem ser fiscais dos gastos públicos (Brasil, 2008).

A legislação brasileira institucionaliza a prática participativa com a Lei nº 8.142/90, que dispõe “sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e dá outras providências”, bem como institui, “sem prejuízo das funções do Poder Legislativo”, as instâncias colegiadas de participação, Conferências e Conselhos de Saúde, atribuindo-lhes papéis deliberativos e fiscalizadores. O cumprimento desses papéis tem sido examinado, por uma pujante literatura na área de saúde coletiva, literatura que busca principalmente avaliar ou discutir a efetividade das instâncias criadas para dar voz à chamada sociedade civil, em especial os Conselhos Municipais de Saúde (Amarante, 2008).

Dessa forma o Controle Social foi concebido na área da saúde para a fiscalização da sociedade sobre as ações do Estado neste campo. Esse controle se dará à medida que a sociedade organizada “interferir na gestão pública, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade” (Correia, 2000). Pode ser entendido como a participação do cidadão na gestão pública, na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações da Administração Pública (Brasil, 2008). Constituindo-se como importante mecanismo de prevenção da corrupção e de fortalecimento da cidadania.

No Brasil, a preocupação em se estabelecer um Controle Social forte e atuante torna-se ainda maior, em razão da extensão territorial do país e da descentralização geográfica dos órgãos públicos integrantes dos três níveis federativos – União, Estados e Municípios. No caso destes, há que considerar, ainda, o seu grande número. Por isso, a fiscalização da aplicação dos recursos públicos precisa ser feita com o apoio da sociedade.

Ao longo dos 20 anos de implementação do SUS, os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde consolidaram-se como espaços de mediação, participação e intervenção de interesses e de valores diversificados e plurais. Contudo, o desempenho desses fóruns, ora imersos num debate sobre a negociação caso a caso da alocação de recursos financeiros específicos, ora aturdidos diante de uma

imensa agenda de problemas gerais – não hierarquizados, não resolvidos, e reapresentados constantemente de maneira cumulativa, repõe na agenda as interrogações sobre o lugar e papel dessas instâncias de decisão.

Atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atribuições conferidas aos Conselhos de Saúde pela Lei 8.142/90 imputou aos Conselhos, na sua curta trajetória, a concentração da sua atuação no controle da execução, atividade esta incorporada na cultura e nas práticas de fiscalização.

A atuação na formulação de estratégias, mais complexa e distante das representações sociais, e mesmo dos escalões intermediários do governo, foi ficando em segundo plano, no decorrer dos anos 1990.

Ao longo do tempo, foram surgindo questões cada vez mais inquietantes para os Conselhos de Saúde, tais como: controlar a execução das ações, mas em relação a que formas e métodos de execução? Referentes à quais diretrizes e estratégias? Referentes à que comprovações de que o Sistema Único de Saúde (SUS) e a cidadania na saúde estão sendo construídos? Os costumes e práticas tradicionais de fiscalização e controle da execução não davam conta das questões que iam surgindo, e a implementação das políticas, no dia a dia, foi trazendo para os Conselhos um volume cada vez maior de ‘casos’ de má execução, que feriam e ferem os interesses dos usuários, dos profissionais, dos prestadores de serviços e do próprio governo. Os posicionamentos do Conselho perante cada ‘caso’, de forma pontual isolada, não bastavam.

Mais que o ‘varejo’, impunha-se entender e reordenar o ‘atacado’. Os gestores, por sua vez, condicionados à cultura secular de administração sem participação da população, rotulavam os Conselhos de ‘emperradores da gestão’, quando não de corporativistas, basistas e partidarizados.

Os Conselhos, por sua parte, consideravam os gestores autoritários e burocráticos, quando não clientelistas, fisiologistas e também partidarizados.

Ainda que houvesse boa dose de verdade nas rotulações apressadas de ambos os lados, deixou-se passar inúmeras oportunidades de, com menos preconceitos e maniqueísmos, perceberem outras verdades reveladoras do grande potencial de reconhecer as boas intenções e rever as distorções e os vícios dos dois lados, o que aceleraria a construção da gestão participativa. Hoje, se encontra mais claro que não há gestor de um lado e Conselho de outro lado. Se o Conselho, ao integrar o Poder Executivo, conforme consta na Lei 8.142/ 90 compõe a gestão, e no SUS há uma gestão participativa, os gestores executivos e os Conselhos de Saúde devem atuar proativamente, a começar pela atuação na formulação de estratégias, diretrizes e políticas (Santos, 2003).

6 – A PARTICIPAÇÃO POPULAR

A importância da participação popular é inquestionável em todos os processos históricos de mudanças e conquistas de direitos, mas compreender esta participação, suas potencialidades e limites, não é tarefa simples.

Demo (1993) afirma que a participação é um processo histórico de conquista e autopromoção e somente acontece se for uma conquista competente.

Para ele, os objetivos da participação são a autopromoção (ou seja, centrar-se em seus próprios interesses, com vistas a superar-se); a realização da cidadania (implicando em se desvelar as injustiças, traçar estratégias de reação e lutar por mudanças); a implementação de regras democráticas de jogo; o controle do poder (não somente por vias institucionalizadas como leis e decretos, mas um controle feito pela base); o controle da burocracia (exigindo-se padrões de eficácia e eficiência no âmbito público); negociação de conflitos e divergências e a criação de uma cultura democrática, que se expresse por processos participativos e transparentes.

Escorel e Moreira (2008, p.986) associando a possibilidade de a sociedade intervir nas políticas públicas, definem Participação Popular como:

“um conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas em que os sujeitos, individuais ou coletivos, diretamente ou por meio de seus representantes, direcionam seus objetivos para o ciclo de políticas públicas, procurando participar ativamente da discussão orçamentária, formulação, implementação, implantação, execução e avaliação das ações, programas e estratégias que regulam a distribuição dos bens públicos e, por isso, interferem diretamente nos direitos de cada cidadão”.

Por tanto a participação é uma prática/categoria complexa e de múltiplos significados. No contexto dos Conselhos Municipais de Saúde, há, pelo menos, dois aspectos inter-relacionados sob os quais devem ser analisadas: a participação dos usuários do Sistema Único de Saúde nos Conselhos e a participação dos Conselhos nas políticas de saúde de seu município (Moreira et al., 2008).

Participar é intervir na tomada de decisões em todos os aspectos da vida cotidiana que afetam os indivíduos. Ou seja, intervir na dimensão pública da política e nas decisões que concernem à vida e à saúde dos indivíduos (Amarante, 2008).

7 – PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO

O segmento dos usuários do SUS, *a priori*, deveria abranger todos os cidadãos brasileiros, pois no Brasil a saúde é um direito constitucional e o acesso ao SUS, universal e gratuito. Porém, como a participação nos CMS não é individual, mas por meio de entidades/associações, estes cidadãos têm que se organizar para poderem ter assento no Conselho (Moreira et al., 2008). Pessoto et al., em 2001, afirmam com relação a essa questão que a denominação de usuário é muito vaga e imprecisa e pode dar margem para “falsificações” na representação.

Outro aspecto complexo, além das possibilidades de ocupação indevida desse espaço de deliberação quanto às políticas de saúde, é se as pessoas que ali estão efetivamente atuam de forma representativa, mesmo quando são eleitas, designadas ou indicadas pelos segmentos sociais que, por direito, devem participar, citado por Bógus (2005).

As entidades que representam os usuários nos Conselhos de Saúde, em âmbito nacional, são de natureza diversa. Na sua maioria são associações de bairros e de portadores de deficiências e patologias. Mas estão também sindicatos de trabalhadores, entidades religiosas, agregações de mulheres e clubes de serviços, como o Rotary Clube; a medicina empresarial privada tem participação discreta (Labra e Figueredo, 2002; Bógus, 2005; Moreira, 2009).

Saiba Mais:

O Conselho de Saúde, tem caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Fonte: Brasil, 1990b.

Parágrafo 2º Lei 8.142/90.

No que concerne às entidades que representam os trabalhadores da saúde, predominam sindicatos e associações de trabalhadores das diversas categorias do SUS, com destaque para a divisão entre trabalhadores de nível médio e de nível superior. Os prestadores de serviço são majoritariamente ligados a hospitais e estabelecimentos privados contratados pelo SUS. Os gestores, quando não representados pelo próprio secretário de saúde, são por estes indicados. (Moreira, 2009). A Resolução 333/03 do CNS apresenta de forma detalhada as possíveis categorias que podem ser representadas em cada segmento e, mantendo o critério da representatividade, abrangência e complementaridade das forças sociais, ressalta que a representação deve estar de acordo com as especificidades locais.

Nesse aspecto, a nova resolução reforça o processo de descentralização, bem como a compreensão da realidade de diversidade de atores sociais que compõem a sociedade civil organizada (Brasil, 2006).

Um dos principais problemas quanto à representação das entidades civis dentro dos Conselhos, é que no Brasil, ainda está sendo construída uma prática de participação cidadã, então é comum a não prestação de contas do representante para com os seus representados. E os representados exercem pouco seu direito de cobrança com relação às ações dos representantes (Bógus, 2005).

8 – PARTICIPAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE.

O principal elemento a ser considerado na análise da participação dos Conselhos de Saúde nas políticas de saúde é o do estágio em que uma determinada política de saúde é introduzida no debate dos Conselhos de Saúde, visto que há diferenças substanciais entre a participação da elaboração de uma política e a simples aprovação de uma política totalmente delineada pelo poder público (Moreira et al., 2008)

Duran e Gerschman (2014) relataram como desafios da participação social que as práticas dos novos movimentos sociais se afastaram, historicamente do que fora pretendido no movimento popular de saúde, com interesses específicos de setores e/ou grupos, onde se vê na prática, a cooptação de representações para o Conselho.

De acordo com Moreira et al. (2008) uma participação adequada dos Conselhos de Saúde nas políticas de saúde seria aquela em que os conselhos pudessem participar já em suas etapas de formação e formulação, o que lhes daria maior possibilidade de participar das etapas seguintes, em especial do controle e da fiscalização. O principal indicador desta participação seria o grau de intervenção sobre o Plano Municipal de Saúde (PMS), instrumento dinâmico e flexível do processo de planejamento das ações e serviços de saúde, que se refere a um período de governo e constitui um documento formal da política de saúde do Município.

O PMS contém as diretrizes, prioridades, objetivos, estimativa de metas a serem atingidas, estimativa de recursos e de gastos, estratégias de ação e compromissos de governo para o setor, devendo ser elaborado com a participação dos segmentos sociais representados no Conselho de Saúde.

Com relação a esse indicador a maioria dos Conselhos nunca participa do processo de elaboração do PMS, apresentando apenas uma função homologatória para uma política previamente definida pelo executivo municipal, fato observado em 58% dos Conselhos de Saúde do Brasil (Moreira et al., 2008).

Um facilitador para a alteração desse quadro seria a capacitação dos conselheiros de saúde, entendida como um processo contínuo de formação e informação.

As estratégias de capacitação dos conselheiros, com o intuito de fortalecer a dinâmica interna dos Conselhos de Saúde e sua relação com a sociedade, têm sido apontadas como um caminho para mudança das práticas existentes (Bógus, 2005).

A responsabilidade atribuída legalmente aos conselheiros de saúde, para que deliberem sobre as políticas de saúde requer o acesso às informações e aos conhecimentos necessários para o desempenho dessas atribuições. A capacitação dos conselheiros pode ser considerada uma contribuição para a efetivação do controle social, e deve ser estendida aos movimentos populares e sindicais representados no Conselho. Isto porque o fortalecimento do controle social na direção da defesa dos interesses da maioria da população está diretamente relacionado à força dessas organizações sociais para imporem suas demandas (Correia, 2003).

9 – BASES LEGAIS DO CONTROLE SOCIAL

A Constituição Federal consagrou a Participação da Comunidade, ao lado da Descentralização e da Integralidade, como diretriz da rede regionalizada e hierarquizada que constitui o SUS (Art. 198). Ao regulamentar os dispositivos Constitucionais sobre o SUS, a Lei n. 8.080/90, no seu Art. 7º refere à Participação da Comunidade entre os princípios do SUS obrigados em lei, e a Lei n. 8.142/90, cria as Conferências de Saúde a serem realizadas a cada quatro anos, de caráter propositivo, de diretrizes para a formulação de políticas de saúde na esfera de governo correspondente, e os Conselhos de Saúde, de caráter deliberativo, com as atribuições de atuar: na formulação de estratégias, e no controle da execução da política de saúde, também em cada esfera de governo (Brasil, 1988).

Dispõe também, sobre a composição das representações dentro das Conferências e Conselhos de Saúde, determinando paridade entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados na sociedade civil, e os demais segmentos: gestores públicos, prestadores de serviço e trabalhadores da saúde (Brasil, 1988). Posteriormente novas resoluções foram editadas, buscando o aperfeiçoamento das instâncias participativas, como as destacadas a seguir:

- **Resolução número 33** do Conselho Nacional de Saúde (CNS): Proposta em 1992 regulamenta a constituição e estruturação dessas instâncias participativas nos Municípios e nos Estados tendo como principal conteúdo a paridade do segmento usuário. Tais recomendações foram elaboradas em consonância às definições emanadas da 9ª Conferência Nacional de Saúde, tendo como objetivo acelerar e consolidar o controle social do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006).
- **Resolução 333/03** do Conselho Nacional de Saúde (CNS): Mantém o que já tinha sido proposto na Resolução 33/92: paridade entre os segmentos, sendo as vagas distribuídas entre entidades representantes dos usuários (50%), entidades de trabalhadores da saúde (25%) e representantes do governo, prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (25%), composição observado nos Conselhos estudados (Brasil, 2006). Moreira et al. (2008), na pesquisa sobre

os Conselhos de Saúde em Municípios com mais de cem mil habitantes, estabelece relação entre porte populacional e número de conselheiros, esta relação foi observada no objeto deste estudo.

- **Resolução 453/12** do Conselho Nacional de Saúde (CNS): “O novo texto define as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde”, explica o conselheiro nacional Clóvis Bouffleur, membro do grupo de trabalho que propôs as mudanças da resolução 333 para a resolução 453. As mais relevantes inovações estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Inovações da Resolução 453/12

Tema	O que mudou
1. Atribuições	Na nova versão foram incluídas as atribuições previstas na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 e no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentam a Lei Orgânica da Saúde. Assim, os conselhos poderão avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS e, além disso, examinarão propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.
2. Mandato	De acordo com a nova versão, o tempo de mandato dos conselheiros será definido pelas respectivas representações. As entidades, movimentos e instituições eleitas para o conselho de saúde terão seus representantes indicados, por escrito, conforme processos estabelecidos pelas respectivas entidades, movimentos e instituições e de acordo com a sua organização, com a recomendação de que ocorra renovação de seus representantes.
3. Renovação de entidades	A recomendação explicitada no novo texto é de que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.
4. Responsabilidades	A atualização do texto deixou explícito que, no exercício de sua função, o conselheiro deve estar ciente de que, responderá conforme legislação vigente por todos os seus atos.
5. Participação da sociedade	As reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde, além de serem abertas ao público, deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade.
6. Orçamento	O conselho de saúde terá poder de decisão sobre o seu orçamento, não será mais apenas o gerenciador de suas verbas.
7. Quorum	A nova redação esclarece os conceitos de maioria simples (o número inteiro imediatamente superior à metade dos membros presentes), maioria absoluta (o número inteiro imediatamente superior à metade do total de membros do conselho) e maioria qualificada (2/3 do total dos membros do conselho) de votos para tomada de decisão do CNS.
8. Competências	A adequação das competências dos conselhos ao que está previsto no atual regimento do Conselho Nacional de Saúde, também foi explicitada no novo texto.
9. Banco de dados	Compete ao próprio conselho, atualizar periodicamente as informações sobre o conselho de saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS)

Curiosidade:

Assista ao vídeo:

https://www.youtube.com/watch?v=vaQ4CM6UF_Q**10 – EXPERIÊNCIA MUNICIPAL**

Durante o envolvimento dos sujeitos no processo de construção do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) no colegiado de Tupã em meados de 2008, iniciou um espaço de discussão e reflexão de como a proposta da Política de Educação Permanente em saúde seria uma importante ferramenta de gestão para solidificação do SUS no Âmbito Municipal.

O município de Bastos em parceria com o conselho municipal de saúde, sensibilizado pela proposta, se organizou e implantou a Educação Permanente em Saúde (EPS) em todos os serviços de saúde, contando com uma articuladora em educação permanente em saúde e os enfermeiros das unidades que também participaram deste momento de reflexão.

Com o passar do tempo e a transição da gestão no ano de 2009, a primeira pauta de discussão na reunião do conselho era a continuidade da educação permanente nos serviços de saúde, pois os membros consideravam uma grande estratégia para o fortalecimento do SUS.

Considerando o grande interesse do conselho em difundir cada vez mais a EP no processo de trabalho das equipes, a mesma permanece como prioridade no plano municipal de saúde.

A consolidação dessa nova política de EP requer “arranjos”, pactuações e negociações permanentes, a partir de interações no âmbito da formação, da gestão, dos trabalhadores e do controle social.

Um dos principais desafios desta política é romper com a lógica da gestão centralizada, com capacitações pautadas no modelo tradicional ou direcionadas apenas em informativos e campanhas realizadas pela atenção básica. A proposta atual é fortalecer espaços de discussão, convidando a participar de forma colegiada, com olhar dos atores formadores do quadrilátero da saúde (gestão, escolas, profissional da saúde e usuário), “onde todos que entram na roda têm poderes iguais no território que falam” (Cecim e Feuerwerker, 2004).

Foi possível verificar no município de Bastos a importância da EP como ferramenta para organização do processo de trabalho nas USF e a capacidade da mesma em propor mudanças e transformações nas relações, nos processos, nos produtos e, principalmente, nas pessoas. As dificuldades apresentadas pelas equipes demonstram, ainda, como é difícil exercer a gestão a partir desta nova proposta e do entendimento que a equipe tem de realizar uma gestão participativa e democrática. No entanto, o conselho constantemente questiona a gestão quanto a necessidade de olhar para a EP, como estratégia para organização e transformação do processo de trabalho das equipes.

Atualmente Comissões Intergestoras Regionais (CIR), possuem um núcleo de Educação Permanente e Humanização Regional (NEP H), onde o usuário que participa do mesmo é conselheiro municipal de Bastos.

Fica evidente que há diferença nos processos na forma em que são desenvolvidos, possibilitando em alguns a responsabilização dos atores envolvidos no processo de construção do cuidado em saúde. Entretanto, precisa se buscar uma série de posturas inovadoras, buscando substituir o autoritarismo das

práticas gerenciais por uma coordenação democrática a superar a alienação da participação consciente no processo de trabalho.

11 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Conselhos de Saúde no Brasil, estruturas inovadoras tanto no aspecto institucional como político e cultural, apresentam incontestáveis contribuições para a fiscalização na aplicação dos recursos e atuação dos agentes públicos do setor saúde. Sua singularidade desperta a atenção de outros países e sistematicamente são vistos como exemplar por constituírem um sistema de participação social tão amplo e capilarizado. Apesar disso, dificuldades e limitações estão presentes no cotidiano destas instâncias.

Para que o Sistema Único de Saúde deixe de ser uma proposta que conseguiu ter concretização apenas no aspecto legal, muitas barreiras precisam ser enfrentadas e os Conselhos de Saúde significam uma força social imprescindível para que isso aconteça, trazendo certamente uma condição cada vez mais favorável para o aperfeiçoamento da democracia e do SUS.

12 – REFERÊNCIAS

- Amarante P. Democracia, conselhos de saúde e participação social [editorial]. *Divulg Saúde Debate*. 2008; (43): 3-6.
- Bógus CM. Os conselhos de saúde e o fortalecimento da democracia brasileira. *Mundo Saúde*. 2005; 29(1): 41-8.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988 [acesso 2015 jul 02]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2011a. 291p.
- Brasil. Controladoria-Geral da União. Controle Social: orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social. Brasília: CGU; 2008.
- Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 1990a set 20.
- Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro 1990 [acesso 2015 mar 13]. 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*. 1990b dez 28. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142.htm>

- Brasil. Ministério da Saúde. 14. Conferência Nacional de Saúde; 2011 nov 30-dez 04; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b [acesso 2015 mar 15]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 208p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. História do CNS [acesso 2015 mar 15]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012 [acesso 2015 mar 13]. Define diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União nº 109, Seção 1, p. 138 [acesso 2015 mar 13]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html.
- Brasil. Tribunal de Contas da União. Orientações para conselheiros de saúde. Brasília: TCU; 2010. 127p.
- Brêtas ACP, Oliveira EM. Interseções entre as áreas de conhecimento da gerontologia, da saúde e do trabalho: questões para reflexão. Saúde Soc. 1999; 8(2): 59-82.
- Carvalho AI. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.
- Ceccim RB, Feuerwerker CM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004; 14(1): 41-65.
- Correia MVC. Reflexos da capacitação na atuação dos conselheiros de saúde. Saúde Debate. 2003; 27(64): 138-47.
- Correia MVC. Saúde: descentralização e democratização. Maceió: Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas; 1996. Textos Técnicos para Debates: III Conferência Estadual de Saúde de Alagoas.
- Correia MVC. Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro. FIOCRUZ; 2000. 162 p.
- Cortes SM. Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. Ciên Saúde Colet. 1998; 3(1): 5-17.
- Cortes SM. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. Sociologias. 2002; (7): 18-49.
- Demo P. Participação é conquista: noções de política social participativa. São Paulo: Cortez; 1993.
- Durán PRF, Gerschman S. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. Saúde Soc. 2014; 23(3): 884-96.
- Escorel S, Moreira MR. Participação social. In: Giovanela L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticos e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES; 2008. p.979-1010.
- Gerschman SV. Democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004. 270p.
- Labra ME, Figueredo JSA. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. Ciên Saúde Colet. 2002; 7(3): 537-47.
- Moreira MR. Democratização da política de saúde: avanços, limites e possibilidades dos Conselhos Municipais de Saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.
- Moreira MR, Fernandes FMB, Sucena LFM, Oliveira NA. Participação nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes. Divulg Saúde Debate. 2008; (43): 48-61.
- Pedalini LM. Conselhos de saúde: criação e organização no Estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 1997.
- Pessoto UC, Nascimento PR, Heimann LS. A gestão semiplena e a participação popular na administração direta. Cad Saúde Pública. 2001; 17(1): 89-97.

- Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1986 mar 17-21; Brasília, DF. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987 [acesso 2015 mar 15]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf
- Santos NR. A relação entre os órgãos executivos e o Conselho Nacional de Saúde na gestão do SUS: um relato comentado. *Saúde Debate*. 2003; 27(640): 148-52.
- Silva SF. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde Debate*. 2009; 33(81): 38-46.

CAPÍTULO 19 – A REGULAÇÃO EM SAÚDE

Luís Fernando Nogueira Tofani

Cirurgião-Dentista, Secretário de Saúde de Mauá / SP, Especialista em Saúde Coletiva – PUCCAMP e Gestão Pública – IG/UNICAMP, Mestrando Curso de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Antonio Carlos Pereira

Mestre e Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP

Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP

Guia do Capítulo

Objetivos

- Apresentar o conceito de Regulação
- Debater as dimensões da Regulação na Saúde: Sistêmica, da Atenção e do Acesso.
- Apresentar o Complexo Regulador como modelo organizativo
- Exemplificar com estudos de casos sobre regulação
- Problematicar as ações de Regulação não-estatal

Conteúdo Programático

1. Introdução
2. Conceito de Regulação
3. A Regulação na Saúde
4. Perspectivas e Desafios da Regulação na Saúde
5. Referências

Leitura Obrigatória

1. Mendonça CS, Reis AT, Moraes JC, organizadores. A política de regulação do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. 116p.
2. Cecílio LCO, Carapinheiro G, Andreazza R, Souza ALM, Andrade MGG, Santiago SM, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(7): 1502-14.
3. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no estado brasileiro – uma revisão. Interface (Botucatu). 2006; 19(10): 25-41.

Leitura complementar

1. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(2): 295-304.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 1.559, de 1 de agosto de 2008 [acesso 2015 jun 10]. Institui a política nacional de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html

Atividade recomendada:

Identifique as diferentes dimensões da regulação presentes no contexto de trabalho em que você está inserido ou procure uma Unidade de Saúde para investigar.

1 – Introdução

Em um momento que os debates sobre o papel do Estado perante a sociedade, sua estrutura, dimensão e sua atuação crescem mediante forte viés neoliberal, é oportuno o aprofundamento do conhecimento sobre a regulação. O embate político-ideológico entre a relação estado-mercado, público-privado e entre as diversas possibilidades de organização que vão desde um estado forte-interventor a um estado mínimo é bastante atual. Neste capítulo, tratamos do conceito de regulação, em especial a regulação no setor saúde, suas dimensões, perspectivas e desafios no atual estágio de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil.

2 – Conceito de Regulação

O termo regulação pode ter vários significados ou conotações de acordo com o contexto que é empregado. Pelo dicionário regulação tem como significados: sujeitar a regras, dirigir, reger, encaminhar conforme a lei, esclarecer e facilitar por meio de disposições, regulamentar, estabelecer regras para, regularizar, estabelecer ordem ou parcimônia em, acertar, ajustar, conter, moderar, reprimir, conformar, aferir, confrontar, comparar (Ferreira, 1988). Na teoria econômica a regulação poderia ser caracterizada como a intervenção estatal para corrigir “falhas de mercado”, utilizando instrumentos como incentivos financeiros e de comando e controle, sendo que se encontra largamente utilizada na Administração Pública, nas Ciências Sociais e na Economia (Santos e Merhy, 2006). Um conceito ampliado de regulação pode ser o de um conjunto de ações meio que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos. De forma genérica, regulação abarcaria tanto o ato de regulamentar (elaborar leis, regras, normas, instruções), as próprias regulamentações, quanto as ações e técnicas que asseguram o cumprimento destas, como: fiscalização, controle, avaliação, auditoria, sanções e premiações (Mendonça et al., 2006).

As políticas públicas constituem instrumentos para a atuação do Estado e a política social é central para a regulação estatal. Dessa forma, a política social como tipo particular de política pública promove a regulação entre Estado, economia e sociedade (Elias, 2004). Neste capítulo entendemos a regulação, de forma mais ampla, como a intervenção do Estado na economia e na atividade social com a finalidade de corrigir falhas de mercado e aumentar o bem-estar social, sem que necessariamente tal intervenção implique na produção direta de bens e serviços por instituições estatais (Gelís Filho, 2006).

3 – A Regulação na Saúde

A regulação no setor saúde, enquanto um conjunto de ações de diversos sujeitos sobre outros sujeitos sociais é uma ação complexa, de distintas qualidades que estão, invariavelmente, atravessadas por

múltiplos interesses e finalidades (Mendonça et al., 2006). Magalhães Júnior (2006) apresenta a questão da seguinte forma: O termo regulação tem sido utilizado no âmbito da saúde com um sentido mais amplo do que a mera regulamentação dos mercados, estando relacionado a uma função desempenhada pelos sistemas de saúde em geral, mesmo nos majoritariamente públicos, não sendo apenas uma função de regulação mais clássica das relações de mercado na saúde, como uma das maneiras de correção das chamadas imperfeições de mercado; pela diversidade dos sistemas de saúde e abrangência da função de estado na saúde, o termo assume claramente uma característica polissêmica. Uma das concepções ampliadas de regulação estatal no setor saúde, além da fiscalização e do controle, incorpora também, como de sua competência, a condução política, a análise de situação, o planejamento e a comunicação, confundindo-se, assim, como conceito de gestão (Mendonça et al., 2006).

Ainda, na área da saúde, a regulação além de se referir aos macroprocessos de regulamentação, também define os mecanismos utilizados na formatação e no direcionamento da assistência à saúde propriamente dita (Andreazzi, 2004). Desta forma, a regulação no setor saúde compreenderia tanto o ato de elaborar regulamentações facilitadoras ou limitadoras de determinados rumos da produção de bens e serviços de saúde, quanto as ações de fiscalização, controle, avaliação e auditoria que assegurem o cumprimento daquelas regulamentações (Mendonça, et al., 2006). Também a regulação em saúde é entendida como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução, sendo o ato de regular constitutivo do campo da prestação de serviços, sendo exercido pelos atores ou instituições que proveem ou contratam serviços de saúde (Santos e Merhy, 2006).

Segundo a Política Nacional de Regulação, o objeto geral da regulação no setor saúde no Brasil é a produção de todas as ações de saúde e, em decorrência disto, tem como principais objetos: os estabelecimentos (incluindo estrutura física, equipamentos, profissionais, habilitação a graus de complexidade); as relações contratuais; o exercício das profissões de saúde; a oferta e a demanda por serviços; os protocolos assistenciais; os fluxos de atendimento; a produção, a venda, a incorporação e o uso de medicamentos, insumos e tecnologias; condições de trabalho e ambientes do setor saúde; além do controle e da avaliação sobre os custos e gastos em saúde (Mendonça et al., 2006). Desta forma, o SUS enquanto política pública no enfrentamento da exclusão social, ganha grande alento compondo um projeto para a área social centrado na distribuição de renda e articulador, pelo menos, das funções estatais na educação, na saúde e no saneamento básico, a fim de promover a aproximação entre as razões social e econômica, que significa resgatar a economia para o plano da política (Elias, 2004).

3.1 – Histórico e Marcos Legais

A regulação da saúde pelo Estado brasileiro tem a sua importância dada pelo modelo de prestação de serviços adotado ao longo do tempo (Santos e Merhy, 2006). Para facilitar a visualização cronológica dos marcos históricos e legais organizamos abaixo um quadro adaptado do caderno técnico Política de Regulação (Mendonça et al., 2006).

Quadro 1 – Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação” do Estado, no Setor Saúde, no Brasil.

Período	Acontecimentos Relevantes	Conceitos, Práticas e Finalidades	Executantes
1978-1987	Reforma Previdenciária (1978)	Foco contábil-financeiro, controle e avaliação realizados a posteriori	INAMPS
	VIII Conferência Nacional de Saúde (1986)	Criação de ferramentas de controle ambulatorial e hospitalar	Ausência dos estados e municípios
1988-1990	Implantação do SUDS	Não ocorre a estadualização das ações de avaliação e controle com o SUDS	INAMPS Ausência dos estados e municípios
	Constituição Federal (1988)	Lei 8.080 pauta de forma genérica as atribuições das esferas de gestão nas ações de controle, avaliação, auditoria e regulação	
	Leis Orgânicas da Saúde: 8.080 e 8.142 (1988)	Lei 8.142 institui os Conselhos de Saúde como controladores e avaliadores das políticas, ações e serviços de saúde	
		Práticas de Controle e Avaliação permanecem sob controle do INAMPS	
1991-1993	NOB 91	NOB 91: Controle, fiscalização e avaliação da execução orçamentária dos recursos repassados pelo INAMPS, centrada em desempenho técnico, econômico e financeiro	INAMPS Atuação marginal de estados e municípios
	NOB 92	NOB 92: Controle dos serviços assistenciais pelos municípios, aos estados caberia controlar os serviços periodicamente e controlar o “controle municipal”. A União analisaria e corrigiria o sistema de avaliação e controle assistencial	
	Transferência de recursos financeiros a estados e municípios pelo INAMPS através de convênios e pagamento por produção	Manteve-se a fiscalização e o controle contábil pelo INAMPS	
		Início da implantação do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA	

1993-2000	Extinção do INAMPS	SNA com competências de controle, avaliação e auditoria em cada esfera de gestão	Ministério da Saúde
	Criação do Sistema Nacional de Auditoria – SNA	NOB 93: institui modalidades de gestão, transferência financeira fundo a fundo e comissões intergestores	Início da atuação de estados e municípios
1993-2000	NOB 93	NOB 96: institui a gestão plena e como requisitos a capacidade de contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento	Ministério da Saúde
	NOB 96	Início das ações de controle pelos municípios e estados ainda com a visão contábil e financeira do INAMPS	Início da atuação de estados e municípios
	Criação da ANVISA (1998)		
	Criação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde – SNVS (1999)		
2000-2002	Criação da ANS (2000)	Início das atividades de controle da Saúde Suplementar pela ANS	Ministério da Saúde
	NOAS 2001	Auditoria desvincula-se da Avaliação e Controle	ANVISA
	NOAS 2002	Formulação preliminar da política de avaliação, controle e regulação	ANS Estados Municípios
2003-2015	Implantação do SAMU (2003)	Implantação das Centrais de Regulação de Urgência (SAMU)	Ministério da Saúde, estados e municípios de forma cooperativa e solidária
	Pacto pela Saúde 2006	Fortalecimento da diretriz da Regionalização	
	Política de Regulação (2008)	Implantação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR)	
	Decreto 7.508/2011	Conceitos de Regulação do Sistema, da Atenção e do Acesso	
2003-2015	Lei 12.401/2011	Diretrizes para implantação dos Complexos Reguladores	Ministério da Saúde, estados e municípios de forma cooperativa e solidária
		Regulamentação da Lei 8.080/90	
		Criação da CONITEC e regulamentação da incorporação de tecnologias no SUS	
		Conceito das Redes de Atenção à Saúde	

Fonte: Adaptado de Mendonça et al., 2006.

As ações de regulação da saúde no Brasil, para que sejam efetivadas no âmbito nacional, passam por um posicionamento político fundamental, se fazendo necessária a conscientização de que estas ações trazem um ganho expressivo para o Sistema Único de Saúde – SUS, pois elas reforçam e qualificam as funções de gestão, otimizam os recursos de custeio da assistência, qualificam o acesso e, consequentemente, proporcionam aos usuários do SUS uma melhor oferta das ações governamentais voltadas à saúde (Brasil, 2006).

3.2 – Dimensões da Regulação

A partir da edição da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 2008), a regulação da saúde passou a ser compreendida em três dimensões necessariamente integradas entre si: Regulação do Sistema de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência.

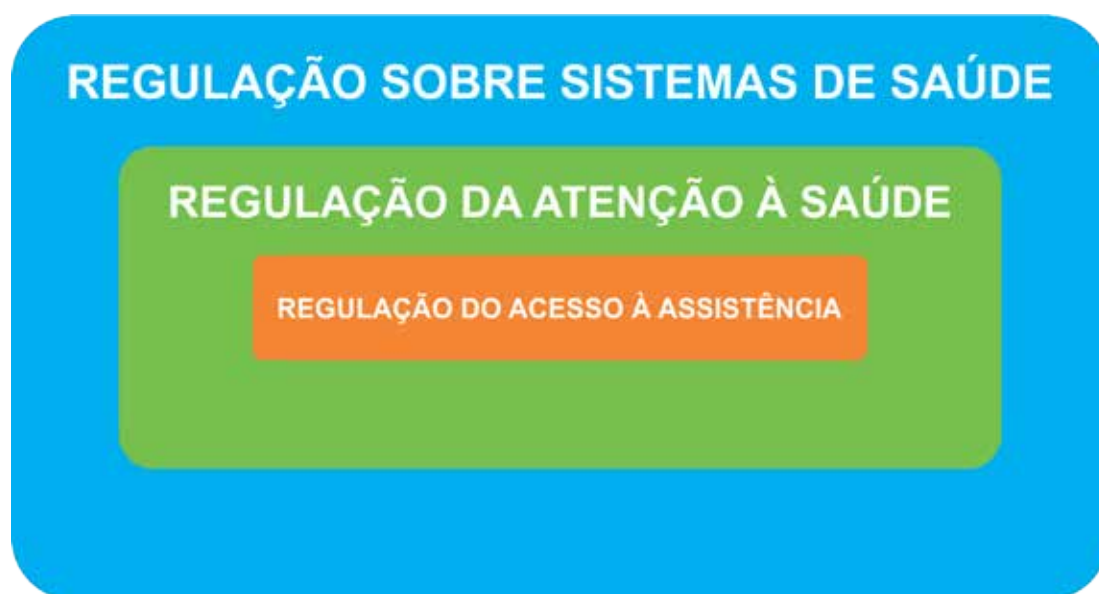


Figura 1 – Dimensões da Regulação em Saúde
Fonte: Mendonça et al., 2006.

A seguir transcrevemos em quadros o detalhamento de cada dimensão, conforme descrito na Portaria MS/GM 1.559/2008.

3.2.1 – Regulação do Sistema de Saúde

Quadro 2 – Regulação do Sistema de Saúde

REGULAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE		
Objeto	Sujeitos	Ações
Sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde	Gestores públicos das esferas nacional, estadual e municipal	Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão
		Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde
		Controle Social e Ouvidoria em Saúde
		Vigilância Sanitária e Epidemiológica
		Regulação da Saúde Suplementar
		Auditoria Assistencial ou Clínica
		Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde

Fonte: Adaptado de Brasil, 2008.

3.2.2 – Regulação da Atenção à Saúde

Quadro 3 – Regulação da Atenção à Saúde

REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE		
Objeto	Sujeitos	Ações
Produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, garantindo-se a adequada prestação de serviços à população	Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde	Cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde
		Cadastramento de usuários do SUS
		Contratualização de serviços de saúde
		Credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde
		Elaboração e incorporação de protocolos de regulação de fluxos assistenciais
		Supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar
		Programação Pactuada e Integrada – PPI
		Avaliação analítica da produção
		Avaliação do desempenho dos serviços, da gestão e da satisfação dos usuários
		Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde
		Avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde
		Utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, produção e regulação do acesso

Fonte: Adaptado de Brasil, 2008.

3.2.3 – Regulação do Acesso

Quadro 4 – Regulação do Acesso ou Assistencial

REGULAÇÃO DO ACESSO ou ASSISTENCIAL		
Objeto	Sujeitos	Ações
Organização, controle, gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais	Gestores públicos exercendo sua autoridade sanitária	Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências
		Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados
		Padronização das solicitações por meio de protocolos assistenciais
		Estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados

Fonte: Adaptado de Brasil, 2008.

3.3 – O Complexo Regulador como modelo organizativo

Como proposta operacional para o fortalecimento da regulação como estratégia de gestão do SUS, a Política Nacional de Regulação propõe a organização de Complexos Reguladores (Brasil, 2008). Os complexos reguladores devem ser implementados de acordo com os Planos Diretores de Regionalização e seus desenhos das Redes de Atenção Básica, Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar e Atenção às Urgências (Mendonça et al., 2006).

O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre os gestores, conforme os seguintes modelos: Complexo Regulador Estadual, Complexo Regulador Regional ou Complexo Regulador Municipal (Brasil, 2008). É composto por uma ou mais estruturas denominadas Centrais de Regulação, que compreendem toda a ação meio do processo regulatório, isto é, recebem as solicitações de atendimento, processam e agendam. As Centrais de Regulação atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas como a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, as internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade (Brasil, 2006) e são classificadas em: I – Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais; II – Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos

procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e III – Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência (Brasil, 2008).

A operacionalização das Centrais de Regulação que integram um Complexo Regulador deve ser instrumentalizada por ferramentas como cotas, protocolos, cadastros, procedimentos de autorização e sistemas de informação, além de recursos humanos e estrutura física adequadas para garantia da ação regulatória (Brasil, 2006) conforme descrito no quadro 5.

Quadro 5 – Ação Regulatória

PROCESSOS DE TRABALHO DA AÇÃO REGULATÓRIA
O levantamento e distribuição de cotas de procedimentos realizados pelos estabelecimentos executantes para os estabelecimentos solicitantes.
A busca e disponibilização de leitos hospitalares.
O processo de autorização prévio à execução da ação ou serviço de saúde.
A execução da ação regulatória feita por profissional competente, capaz de análise crítica e discernimento que o conduzam às decisões baseadas nas evidências.

Fonte: Brasil, 2006.

Apesar do investimento e prioridade definidos pelo Ministério da Saúde através de recursos financeiros para a implantação e para o custeio dos Complexos Reguladores, instrumentos para operacionalização dos Complexos Reguladores e programa de capacitação permanente de recursos humanos (Brasil, 2006a), centrais informatizadas e articuladas com as centrais de urgência ainda são iniciativas pontuais, isoladas, não se constituindo até o momento de forma sistêmica (Santos e Merhy, 2006). Entretanto, as Centrais de Regulação são espaços privilegiados para observação do sistema, podendo realizar ações efetivas e ágeis, facilitando o acesso aos serviços e propiciando um canal sensível para o atendimento das demandas de saúde da população (Gawryszewski et al., 2012).

3.4 – Estudos de Casos

A título de exemplo, apresentamos a seguir sínteses de estudos de casos realizados respectivamente nos municípios de Guarulhos em São Paulo, Londrina e a Macro Norte no estado do Paraná. Nas três pesquisas evidencia-se a importância do agir na micropolítica dos profissionais da saúde que em seu espaço de trabalho operam ações regulatórias.

3.4.1 – Guarulhos (SP)

Foi realizada uma análise da construção e implantação dos processos regulatórios em saúde no município de Guarulhos e suas implicações na organização da rede de serviços, no acesso da população aos serviços e na gestão do cuidado. Observou-se a necessidade de ampliar o diálogo entre a regulação, outros serviços e profissionais da rede no campo da micropolítica das organizações e da produção do

cuidado. Reconhecer que a organização da assistência é produto da interação entre os atores sociais e políticos envolvidos no ato do cuidado é um importante passo na busca da integralidade. Para ampliar a possibilidade de resposta às necessidades do usuário é necessário buscar dispositivos de cogestão que propiciem espaços permanentes de diálogo e identifiquem potencialidades para novos arranjos (Gianotti, 2013).

3.4.2 – Londrina (PR)

Analizou-se um arranjo da gestão municipal para a produção do cuidado implantado por meio da regulação assistencial com o objetivo de enriquecer as reflexões sobre o tema. Como resultado destaca-se um conceito de rede viva, produzida ativamente pela construção de relações entre os trabalhadores dos diferentes serviços. Destacam-se as ações de apoio ao cuidado produzido pelas equipes, com base na regulação assistencial e na gestão dos processos de trabalho. Os resultados foram expressivos na qualificação do cuidado, na redução das filas às especialidades e na satisfação dos profissionais. Como marca do processo, evidencia-se a necessidade de enriquecer, em ato, os saberes técnicos com as tecnologias leves e os saberes produzidos em movimentos ativos da gestão para a produção do cuidado (Baduy et al., 2011).

3.4.3 – Região Macro Norte (PR)

O objetivo desse estudo foi analisar a regulação do acesso à assistência, através da central de regulação de leitos da macrorregião do norte do Estado do Paraná (Macro Norte). Durante o ano de 2011 foram levantados dados quantitativos do cadastro da Macro Norte, nos quais constaram: município solicitante, município e regional executante, acomodação usada, acesso realizado. Verificou-se nessa abordagem que 11% dos casos cadastrados não foram regulados, para os casos regulados foi negado o acesso pelos prestadores à 35%, e pode-se constatar que o desempenho e a ocupação de leitos foram diferentes para cada regional de saúde. A segunda parte dessa pesquisa foi qualitativa e consistiu em entrevistas junto aos gestores municipais e estaduais da Macro Norte, através de questões semi estruturadas que abordaram os problemas enfrentados para promoção do acesso. Constatou-se a falta de recursos para o setor, fragilidade nos contratos com os prestadores e gestores, dificuldades para organizar a rede de assistencial, entre outros. Conclui-se, que a Macro Norte vem atendendo aos propósitos de suprir a demanda de forma espontânea ao garantir o acesso do usuário no momento da urgência. O sistema, no entanto, não apresenta desempenho máximo e otimizado por estar obstruído por problemas organizacionais e estruturais que fogem da alçada técnica e que são influenciados por características políticas e culturais nacionais (Buges, 2014).

3.5– A Regulação não governamental

Obviamente, os governos têm uma importante e intransferível função de regular o setor saúde em seus vários aspectos de gestão, prestação da assistência, financiamento e administração. Comumente, seus objetivos são limitar custos, evitar excesso de oferta e prevenir ou monitorar a má prática. Estabelecer padrões mínimos para habilitação profissional, para o funcionamento de serviços e da atenção à saúde são ações normalmente exercidas (Brasil, 2007). Mas a capacidade estatal de controle e regulação sobre os condicionantes, determinantes e as ações e serviços de saúde não é absoluta.

Para além da regulação governamental, há outras lógicas regulatórias operando, o que resulta em complexa trama de interações, complementaridades, disparidades e contrastes, mas também disputas de sentidos e modos de se fazer a regulação (Cecílio et al., 2014). Estudo realizado com usuários da saúde suplementar no município de Florianópolis (SC) com necessidades de saúde nas áreas de cuidado cardiovascular, oncológico, saúde mental e obstétrico demonstrou a procura e o uso de recursos nos subsistemas de saúde profissional, informal e popular, sendo os dois últimos importantes em oncologia e saúde mental, além do uso combinado de serviços públicos e da assistência suplementar no cuidado cardiovascular e oncológico (Conill et al., 2008).

Tudo isso nos leva a considerar que a regulação do acesso e consumo dos serviços de saúde, muito mais do que uma atividade burocrático-administrativa, da esfera ou competência governamental, é uma produção social, resultante da ação de uma multidão de atores sociais (Cecílio et al., 2014). Diversos arranjos se estabelecem no cotidiano assistencial dos usuários quando procuram superar lacunas do acesso e da integralidade da atenção através de suas próprias escolhas, caminhos ou estratégias (Conill et al., 2008).

Em pesquisa que teve como objetivo caracterizar que outras lógicas de regulação, para além da governamental, resultam na produção do cuidado, foram identificados quatro regimes de regulação (governamental, profissional, clientelístico e leigo), indicando que a regulação é campo em permanente disputa, é uma produção social (Cecílio et al., 2014). Estes regimes estão detalhados no quadro 6.

Quadro 6 – Regimes de Regulação

REGIMES DE REGULAÇÃO	ATORES	CONTROLE DE RECURSOS	MODOS DE OPERAÇÃO
REGULAÇÃO GOVERNAMENTAL	Gestores, equipes de regulação e formuladores da política	A autoridade formal de legislar, de normalizar, de alocar recursos visando, por exemplo, à ampliação de oferta, seja via contratação de pessoal, seja pela compra de serviços do setor privado. No limite, tem autoridade para a intervenção em serviços privados (desapropriações, intervenções administrativas, outros) alegando-se a defesa de direitos públicos.	1. Regulação governamental burocrática (vertical, normativa, (centralizada): atua segundo os princípios burocráticos de autoridade legítima, competência técnica, comunicação formal, impessoalidade, segundo as definições weberianas de burocracia.

REGULAÇÃO GOVERNAMENTAL	Gestores, equipes de regulação e formuladores da política		2. Regulação governamental negociada (pactuada, descentralizada, com compartilhamento e responsabilidades): atua segundo os princípios do agir comunicativo, adotando regras flexíveis e contratualizadas entre os vários atores.
REGULAÇÃO PROFISSIONAL	Médicos e outros profissionais de saúde	Os contatos pessoais;	Burocrático: subordina-se à regulação formal, desobriga-se, atua como operador das regras governamentais. O profissional como “agente” ou operador da regulação governamental.
		O “controle do carimbo” no caso dos médicos;	Criativo: aprende a usar e “flexibilizar” as regras da regulação formal a depender do que ele avalia serem as necessidades do usuário. Produz regras informais.
		O poder legal-formal de encaminhar.	Independente: aquele que “corre por fora” do sistema formal, usa contatos pessoais, faz prevalecer a inserção profissional sobre a institucional, porque é na sua comunidade profissional alargada que encontra o principal sistema de referência para o seu agir profissional.

REGULAÇÃO CLIENTELÍSTICA	Políticos ocupantes de cargos eletivos, dirigentes de entidades de classe ou grupos de interesse e conselheiros de saúde das instâncias formas de controle social do SUS	Apoio político ou oposição, sendo o voto a moeda de troca, seja para obtê-lo dos potenciais eleitores nos processos eleitorais, seja para apoiar projetos do executivo que dependem do poder legislativo para aprovação de seu orçamento e de seus projetos. Por isso, seus atores mais reconhecidos são os membros dos legislativos locais: os vereadores.	Pressão e barganha: a troca é muito clara e direta, ou seja, acesso aos serviços em troca de votos. Nele, também poderemos ver diferentes modos de composição com o regime de regulação governamental, em particular sua flexibilização ou “agilização”, e com o regime de regulação profissional.
REGULAÇÃO LEIGA	Usuários, cuidadores informais, familiares, parentes, vizinhos e amigos, pessoas vivendo problemas de saúde que recorrem aos recursos disponibilizados pelo SUS ou pela saúde suplementar	Cognitivos: todas as formas de conhecimento que esses atores adquirem por meio do saber baseado na experiência e submetido a processos de constante reflexividade, de caráter informal, de natureza objetiva e articulado a diferentes âmbitos locais, ganhando cumulatividade ao longo das diferentes fases do ciclo de vida – a importância dos espaços e dos tempos. Mas também de natureza subjetiva, na medida em que a interiorização de todas essas formas de saber, baseado na experiência, dá origem à construção de vários projetos de identidade como usuário.	Estratégias de tentativa/ erro: por experimentação sucessiva, por obtenção de contatos estratégicos, por criação de vínculos, por localização de pontos de conexão e por identificação de linhas de fuga;

REGULAÇÃO LEIGA	Usuários, cuidadores informais, familiares, parentes, vizinhos e amigos, pessoas vivendo problemas de saúde que recorrem aos recursos disponibilizados pelo SUS ou pela saúde suplementar	Relacionais: composição e dimensão das redes de parentesco; composição e dimensão das redes sociais de vizinhança; a pertença e o agir nas redes sociais de influência: as redes de relações profissionais; as redes de sociabilidades à volta das crenças e dos cultos (religiosos, espirituais etc.), à volta das filiações e militâncias partidárias; à volta dos círculos de convívio em festividades públicas, em festas nas famílias e nas comunidades. Os sistemas de referência mais valorizados por usuário (as referências profissionais, as referências do mundo da vida dos usuários – as suas mundividências e as suas multividências).	Apropriação de conhecimento formal/científico: utiliza literatura de divulgação de conhecimento médico e de aconselhamento de saúde, consulta a Internet, descobre fontes de informação etc.;
		Econômicos: rendimentos, salários, pensões, empréstimos e outras formas de aquisição de dinheiro que permitam aceder e/ou comprar os bens de saúde, públicos ou privados, de caráter mais ou menos mercantil, desde os planos de saúde, os medicamentos, as consultas, as cirurgias, os exames etc.	Instrumentalização dos conhecimentos adquiridos pelos modos/vias anteriores; produz referências próprias em alternativa às referências padronizadas; inventa agenciamentos alternativos aos formalmente propostos; organiza formas de circulação imprevisíveis;

REGULAÇÃO LEIGA	Usuários, cuidadores informais, familiares, parentes, vizinhos e amigos, pessoas vivendo problemas de saúde que recorrem aos recursos disponibilizados pelo SUS ou pela saúde suplementar	Produção de uma racionalidade alternativa à racionalidade médica: faz diagnósticos; reconhece necessidades; posiciona-se diante das prescrições terapêuticas; avalia a relação terapêutica; avalia o desempenho profissional e o julga de acordo com as suas referências e os seus critérios; faz propostas, elabora sugestões e organiza encaminhamentos para evitar demoras, para ultrapassar bloqueios, para circular mais rapidamente.

Fonte: Adaptado de Cecílio et al., 2014.

Desta forma fica clara a regulação como uma produção social, não estritamente pública e estatal. Com o seu agir, os usuários produzem mapas de cuidado que nos indicam como há outros arranjos possíveis de sistemas de saúde, representando um convite para experimentarmos a cogestão do cuidado entre equipes e usuários, como caminho promissor para a inadiável necessidade de reinvenção da saúde (Cecílio et al., 2014).

3.6 – Perspectivas e Desafios da Regulação em Saúde

Existem inúmeros desafios na implementação da regulação pública, entre eles a sua finalidade, ou quem seria o beneficiário desta ação. O pressuposto da regulação pública nem sempre comanda e define a ação (Santos e Merhy, 2006). Ainda, questões estruturais ou processuais podem impactar nos resultados: infraestrutura assistencial deficitária, fragilidade das pactuações entre os gestores e com os prestadores, fragilidade das redes de atenção à saúde, atuação da regulação na promoção do acesso e interferências nas ações regulatórias (Buges, 2014).

Entretanto, a regulação, ao garantir o acesso dos cidadãos aos serviços, atua também sobre a oferta dos mesmos, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, seja para dilatar ou remanejar a oferta programada para que seja cumprida a sua função. Promove, assim, a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime e ordenada (Santos e Merhy, 2006). Entendendo a regulação como estratégia de gestão potente para garantia do direito à saúde, ainda há um longo percurso para sua consolidação no SUS. Na dimensão da macropolítica o fortalecimento do Estado e sua estruturação para a ação regulatória são essenciais. Já na micropolítica, há necessidade de ações comunicativas permanentes envolvendo todos os atores sociais envolvidos nos processos regulatórios e na produção do cuidado em saúde.

Curiosidade:

Assista aos vídeos:

<https://www.youtube.com/watch?v=QkVQNUa7fjw>

<https://www.youtube.com/watch?v=pMM5B3A3XZY>

<https://www.youtube.com/watch?v=JUhOvLecyXo>

<https://www.youtube.com/watch?v=pMM5B3A3XZY>

<https://www.youtube.com/watch?v=JUhOvLecyXo>

<https://www.youtube.com/watch?v=pMM5B3A3XZY>

<https://www.youtube.com/watch?v=JUhOvLecyXo>

4 – REFERÊNCIAS

- Andreazzi MFS. Mercado de saúde suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2004. p.121-46.
- Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(2): 295-304.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Ciência e Tecnologia em Saúde. Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS; 2007. 166p.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes para a Implantação de complexos reguladores*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 68p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 1.559, de 1 de agosto de 2008 [acesso 2015 jun 10]. Institui a política nacional de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html
- Buges AFC. Estudo qualitativo e quantitativo do fluxo de acesso à assistência à saúde através da central de regulação de leitos de macrorregional do norte do estado do Paraná [dissertação]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2014.
- Cecílio LCO, Carapineiro G, Andreazza R, Souza ALM, Andrade MGG, Santiago SM, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(7): 1502-14.
- Conill EM, Pires D, Sisson MC, Oliveira MC, Boing AF, Fertonani HP. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. *Ciênc Saúde Colet*. 2008; 13(5): 1501-10.
- Elias PE. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo Perspect*. 2004; 18(3): 41-6.
- Ferreira ABH. *Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1988.
- Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis*. 2012; 22(1): 119-40.
- Gelis Filho A. Análise comparativa do desenho normativo de instituições reguladoras do presente e do passado. *Rev Adm Pública*. 2006; 40(4): 589-613.

- Gianotti EM. A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2013.
- Magalhães Junior HM. O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2006.
- Mendonça CS, Reis AT, Moraes JC, organizadores. A política de regulação do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. 116p.
- Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no estado brasileiro – uma revisão. Interface (Botucatu). 2006; 19(10): 25-41.

CAPÍTULO 20 – AUDITORIA EM SAÚDE

Célia Regina Schmidt

Cirurgiã-dentista, Especialista em Periodontia, Odontologia Legal, Auditoria e Controladoria no Setor Público; Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva pela FOP-UNICAMP; Cirurgiã-Dentista da Auditoria em Saúde da prefeitura de Cuiabá-MT.

Andrea Ferreira Caria Buges

Enfermeira e Fisioterapeuta, especialista em urgência e emergência e regulação, especialista em saúde pública e mestra em Odontologia em saúde coletiva pela FOP/UNICAMP, Atua na Auditoria e Regulação da Prefeitura Municipal de Londrina/PR.

Denise de Fátima Barros Cavalcante

Cirurgiã-dentista, Especialista em Saúde Coletiva, Ex Secretária de Saúde e coordenadora de Saúde Bucal de Condado e Limoeiro- PE, Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva da FOP UNICAMP.

Marcelo de Castro Meneghim

Cirurgião-dentista, Mestre e Doutor em Odontologia Social pela FOA UNESP, Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP.

Objetivo do Capítulo

Fomentar e desvendar a ferramenta propositiva da Auditoria que apresenta um conjunto de padrões elaborados para facilitar a ação do auditor em situações de rotina do trabalho. Assim, desencadeando um processo de sistematização das práticas de auditoria, a gestão Pública utiliza-se desse instrumento para o Controle e Avaliação das suas ações. Destarte, vislumbra-se neste capítulo, mostrar ao leitor as dimensões alcançadas pela Auditoria desde a sua raiz.

Conteúdo Programático:

- Introdução;
- Conceitos e definições de Auditoria;
- Histórico;
- Auditoria em sede administrativa pública;
- Tipos de Auditoria em Saúde;
- Auditoria Odontológica no SUS;

- Auditoria assistencial ou clínica;
- Auditoria ambulatorial e especializada;
- Auditoria nas internações hospitalares;
- Perfil do Auditor/implicações éticas;
- Relatos de Experiências em Auditoria;
- Considerações finais;
- Referências

Leitura Obrigatória:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Auditoria do SUS: orientações básicas SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 48p.

Leitura Complementar:

Brasil. Ministério da Saúde. Curso básico de regulação controle, avaliação e auditoria do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 56p.

1 – INTRODUÇÃO

No funcionamento das organizações há necessidade de controle, interno e externo, tanto no setor público quanto privado. O controle é uma das cinco funções universais da Ciência da Administração, a saber: prever, organizar, comandar, coordenar e controlar (Da Silva, 2002).

As atividades de controle, avaliação e auditoria são nuances de uma mesma prática, pertencem a uma mesma área de atuação, com a mesma finalidade, e compõem o Sistema de Controle de uma organização.

Verificando a situação da saúde e a legislação vigente o Sistema Nacional de Auditoria – SNA, o Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – DENASUS elaborou Normas e Manuais Técnicos sobre Auditoria. A importância da mesma reside na aferição do cumprimento das normas e itens contratuais entre empresas, credenciados e usuários (setor privado) e a legalidade e efetividade dos programas de governo na aplicação dos recursos públicos dentro dos princípios da administração pública (setor público).

O estabelecimento do Sistema Nacional de Auditoria – SNA funciona como um mecanismo de controle técnico e financeiro para regular as ações e os serviços de saúde, em todo o território nacional. Este é executado em cooperação com os Estados, Distrito Federal e municípios. A instituição desse sistema de auditoria, desde então, tem sido considerada como um importante instrumento para a manutenção e o desenvolvimento do SUS (Brasil, 1990).

2 – CONCEITOS E DEFINIÇÕES DA AUDITORIA

O trabalho de Auditoria contribui gerando credibilidade perante a opinião pública em relação às demonstrações e relatórios publicados. O Dicionário Houaiss (Grande..., 2011) apresenta, entre outros significados, auditoria como “processo de exame e validação de um sistema, atividade ou informação”; etimologicamente o termo Auditoria provém do latim *audire* (ouvir) o que evidencia a necessidade do auditor de “ouvir”, acompanhar a entidade através de exames críticos e cuidadosos visando à elaboração de um parecer. Isso é corroborado por Llanos Zavalaga (2000), o qual refere que, antigamente, o auditor era a pessoa que aprendia a escutar judicialmente os casos de audiência da corte.

A auditoria tem importância singular quanto ao aspecto de verificar a eficácia e eficiência das rotinas e procedimentos administrativos exercendo “funções preventivas, saneadoras e moralizadoras, a fim de confirmar a veracidade dos registros e a confiabilidade dos comprovantes...” (Santos et al., 2006).

Caleman et al. (1998) assinalam que o termo *audit* foi proposto para os serviços de saúde, pela primeira vez, em 1956, por Lambeck. Sua finalidade era avaliar a qualidade dos processos e resultados desses serviços, através da observação direta do registro e da história clínica do usuário. Na saúde a importância da auditoria foi reconhecida ao estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria – SNA que define auditoria:

Definição de Auditoria, segundo o SNA (Sistema Nacional de Auditoria)

Análise prévia, concomitante ou subsequente da legalidade dos atos da administração orçamentária, financeira e patrimonial, bem como a regularidade dos atos técnico-profissionais praticados por pessoas físicas e jurídicas (Brasil, 1995).

A atividade de auditoria, no SNA, implica não apenas o fornecimento de subsídios para a gestão no campo da saúde, mas também na responsabilização (*accountability*) dos gestores pelos atos administrativos. Assim, auditoria em saúde envolve dimensões não apenas de ordem administrativa, organizacional e técnica, mas também ética, política e social.

A instituição desse sistema de auditoria, desde então, tem sido considerada como uma ferramenta importante para a manutenção e o desenvolvimento do SUS. O objetivo é fornecer subsídios para melhorar o processo de gestão em saúde e a *accountability* dos gestores nos atos administrativos. Essa auditoria procura resguardar a qualidade dos serviços profissionais e institucionais prestados pelo SUS, visando, ainda, à preservação do uso adequado do dinheiro público (Melo, 2007).

A *accountability* é denominada prestação de contas, onde a atividade de auditoria atua. A figura abaixo mostra a ação da auditoria na prestação de contas da gestão pública (Brasil, 2012b).



Figura 1: Sistemática de Accountability.

Fonte: Brasil, 2012b.

Analisando a Figura 1 pode-se considerar, no setor público, que o principal delegante de recursos é a sociedade, pois a Constituição Federal de 1988 diz que todo poder emana do povo. Na outra ponta, encontram-se aqueles que recebem os recursos públicos para aplicarem em benefício de toda a sociedade, que são os delegados ou agentes, representados pelos governadores, prefeitos, presidente da república e demais agentes (gestores) que recebem e utilizam recursos públicos (Brasil, 2012b).

O resultado da *accountability* se faz importante através do controle social, sinalizando articulações consolidadas do Estado com instituições da democracia representativa; fortalecimento das capacidades institucionais do Estado; e difusão e socialização da informação visando, sempre, à transparência governamental e êxito nos programas implantados (Anastasia, 2000).

Nos serviços de saúde, a avaliação que também é um sistema de controle interno tem sua utilização mais consolidada, constituindo-se como instrumento para aperfeiçoamento dos programas e serviços em saúde, permitindo compreender seu funcionamento e sugerindo melhores alternativas. Por sua vez, o emprego da auditoria, além de ser recente e, em certas situações, incipiente, tem sido adotado em diversos sentidos, ampliando-o a uma concepção de análise e verificação de serviço ou programa ou vista apenas como *uma análise de aspectos financeiros*. Atualmente, o campo da auditoria tem assumido, além da análise técnica em saúde, a função de reorientação nos processos de gestão (Camacho e Rubin, 1996).

A auditoria é um sistema de revisão de controle que informa a administração sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento. Sua função não é somente indicar os problemas e as falhas, como também, apontar sugestões e soluções, assumindo um caráter eminentemente educacional (Chiavenato, 1985).

O moderno conceito de Auditoria, a define como um poderoso instrumento gerencial, que permite o conhecimento, a validação, a interpretação, a análise e a otimização da informação da gestão.

Em se tratando da Auditoria em sede administrativa pública de Saúde, existe uma questão ética que permeia a necessidade da destinação correta dos recursos públicos, a definição das prioridades e a garantia do acesso do cidadão aos serviços de saúde. Lembrando que o “Direito à Saúde”, mais do que uma questão prevista no texto constitucional, é uma questão de Direitos Humanos Fundamentais, posto que se confunde com o próprio Direito à Vida. A Auditoria é uma ferramenta preciosa para o gestor na garantia deste direito.

	Auditoria Independente Externa	Auditoria Interna Operacional	Auditoria de Fazenda (Federal, Estadual e Municipal)
Finalidade	Principalmente, emitir parecer sobre a adequação das demonstrações contábeis	Promover melhorias nos controles operacionais e na gestão de recursos	Evitar a sonegação de tributos
Relatório Principal	Parecer do Auditor independente	Recomendação para melhorias nos controles internos e eficiência administrativa	Relatório de fiscalização no Auto de Infração
Usuário de Trabalho	A empresa e o público em geral	A empresa	Poder público
Responsabilidade	Profissional, Civil e Criminal	Trabalhista	Poder Público

Figura 2: Tipos e características da Auditoria.
Fonte: Viegas, 2015.

3 – HISTÓRICO

O surgimento da auditoria é incerto quanto à data havendo divergências entre autores da área, todavia, há unanimidade na afirmação de que as primeiras auditorias tinham por objetivo assegurar aos proprietários das entidades que os controles das contas estavam sendo efetuados de maneira correta, ou seja, a auditoria surgiu como técnica contábil de subsídio à verificação da adequação do controle do patrimônio.

Saiba Mais:

No início do século XX o médico George G. Ward, nos Estados Unidos, descreve a importância da verificação da qualidade da assistência prestada ao paciente através dos registros em seu prontuário. Aparece a figura do “Auditor Hospitalar”, atuando no controle dos documentos do atendimento, no prontuário, e na análise dos principais indicadores hospitalares, apoiando medidas gerenciais da entidade (Lara, 2009).

No final dos anos setenta, no Brasil, não havia auditorias diretas em hospitais, as atividades de auditoria se restringiam a apurações em prontuários, realizadas pelos supervisores do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Depois as ações de auditoria passam a ser executadas visando ao Controle Formal e Técnico das Guias de Internações Hospitalares – GIH. Em 1978, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS centralizava a prestação de assistência médico-hospitalar à população ofertada por intermédio de prestadores de serviços, públicos e privados, contratados ou conveniados com o governo federal.

A implantação do sistema de pagamentos via “AIH” (SAMHPS) a partir de 1981, foi acompanhada pela criação dentro do nível federal um Sistema de Auditoria, ancorado em bases políticas, éticas e técnicas: Norma política: Plano de Reorientação da Assistência à Saúde – CONASP; Norma Ética: Resolução CRM-PR posteriormente referendada pelo CFM: “A Auditoria Médica e suas Implicações Legais”; Normas Técnicas: Manual do SAMHPS e Manual de Auditoria Médico-Assistencial (Brasil, 2015).

O Sistema Nacional de Auditoria – SNA previsto no artigo 16, inciso XIX, da Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, é como um mecanismo de controle técnico e financeiro para regular as ações e os serviços de saúde, em todo o território nacional, sob competência do Sistema Único de Saúde – SUS e em cooperação com os estados, Distrito Federal e municípios. Somente em 1995 houve a regulamentação pelo Decreto n.º 1.651.

4 – AUDITORIA EM SEDE ADMINISTRATIVA PÚBLICA

Segundo Vale (2001), a auditoria governamental envolve uma situação atípica, haja vista as peculiaridades do setor público que prima pela necessidade de se comprovar a legalidade, legitimidade e avaliar os resultados, quanto à economicidade, eficiência e eficácia da gestão pública, sendo o objetivo a gestão dos recursos públicos, cujas principais características são a propriedade pública e a escassez de recursos, pois decorrem de contribuições da população para custear bens e serviços que satisfaçam suas necessidades. A auditoria é uma imposição constitucional, de acordo com o artigo 70 da atual Constituição Federal:

A fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e

renúncia de receitas, será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder (Brasil, 1988).

O Sistema Único de Saúde – SUS foi legitimado na Constituição de 1988, sendo assegurado o acesso universal como um direito de todo o cidadão brasileiro. A Lei Orgânica n.8.080/1990, que regulamenta o SUS, estabelece como competência comum das três esferas de governo a definição das instâncias e mecanismos de controle, de avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde no SUS (Brasil, 1988).

4.1 – BREVE RELATO SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A crescente demanda da população no Brasil originou transformações desde a metade da década de setenta e oitenta com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira até a Constituição Federal – CF de 1988 (Brasil, 1988).

Antes da CF o Ministério da Saúde responsabilizava-se pelas ações preventivas e o Ministério da Previdência pela prestação dos serviços curativos. Esses serviços eram direcionados somente aos trabalhadores com carteira registrada e que contribuíam com o Ministério da Previdência Social (Brasil, 2000a).

O Sistema Único de Saúde – SUS vem se consolidando ao longo desses vinte anos, fruto do acúmulo de embates políticos e ideológicos travados por diferentes atores sociais, nos diversos momentos históricos de nosso país. A sua formação teve como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS, realizada em Brasília, em 1986, importante na formulação das propostas de mudanças do setor saúde. Esse documento serviu de base para as negociações na Assembleia Nacional Constituinte, durante a elaboração da CF de 1988, que assim define, no Art. 196 que “... saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Assim, em 1990, a partir da constituição citada originou a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90), a qual trouxe a tona os princípios Doutrinários e Organizativos.

Inserido no contexto da CF o Art. 197 prevê a regulação, fiscalização e controle do Estado no caso de participação da iniciativa privada na assistência à saúde. O Art. 198 caracteriza o SUS como “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

Dos princípios doutrinários do SUS cabe citar: universalização, equidade e integralidade; e os organizativos: regionalização e hierarquização, descentralização e a participação popular.

A CF de 1988 consagrou uma conquista social através do SUS que representa a materialização de um novo conceito acerca de saúde pública no Brasil. O que era entendido como ‘o Estado de não doença’ com a preocupação da cura de agravos e doenças, deu lugar à prevenção e promoção de saúde (Brasil, 2000a).

A saúde passou a ser relacionada com a qualidade de vida da população, com ênfase na alimentação, trabalho, nível de renda, educação, meio ambiente, saneamento básico, vigilância sanitária e epidemiológica, lazer, moradia, etc. Caracterizou-se, portanto que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

Os princípios e o conceito de saúde adotado pela Constituição Federal mostram a complexidade do sistema de saúde a ser implantado e gerenciado, porém apenas “delineia o que deve fazer, mas não mostra como deve fazer” (Associação Paulista de Medicina, 2004).

A saúde é um dever do Estado e um direito de todos de acordo com o princípio da universalidade.

A integralidade de ações com promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamento e reabilitação, considerando a pessoa como um todo, deve buscar o atendimento de todas as necessidades inclusive as de complexidades distintas.

O princípio da equidade busca atender a necessidade de redução nas disparidades sociais e regionais que ocorrem no Brasil. As ações devem levar em consideração as diferentes necessidades da população, minimizando as desigualdades, privilegiando àquelas destinadas aos mais carentes na busca de equilíbrio. Esse é um trabalho que deve ser encarado como um desafio constante (Brasil, 2005).

A regionalização e hierarquização enfatizam que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidades, circunscritos a determinadas áreas geográficas, planejados conforme os critérios epidemiológicos, com definição e conhecimentos da clientela a ser atendida, articulando os serviços existentes e garantindo formas de acesso a serviços que componham toda complexidade requerida para o acesso do caso. Os gestores devem buscar a melhor maneira de garantir a eficiência, eficácia e efetividade do SUS, mesmo com recursos escassos. É permitida a formação de consórcios e parcerias.

A descentralização, como um princípio que procura implementar eficiência e democracia, tem grande importância em um país de dimensões continentais como o Brasil. Na prática, a descentralização consiste num processo político administrativo que procura, a partir de princípios funcionais e territoriais, transferir as atividades de um nível central para níveis periféricos. O Ministério da Saúde descentraliza os recursos e as ações de saúde, dotando o município de condições gerenciais, técnicas e financeiras para a execução de ações que privilegiem as realidades locais, garantindo melhor qualidade e seu controle por parte dos cidadãos.

A participação popular é um exercício de aprendizado aos cidadãos, de maneira democrática, e ocorre através dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, órgãos deliberativos e de caráter permanente, composto por representantes de toda a sociedade, de forma paritária, com metade de seus membros representando os usuários e a outra metade, o conjunto composto pelo governo, trabalhadores da saúde e prestadores de serviço privados; e ocorre também através das Conferências de Saúde existentes nas três esferas de governo, com ampla representatividade, que se reúnem para propor diretrizes, avaliar a situação de saúde, ajudar na definição das políticas de saúde e no controle social (Zuriaga Jr, 2009).

A Lei nº 8.080/90 estabelece como competência comum das três esferas de governo a definição das instâncias e mecanismos de controle, de avaliação e de fiscalização das ações de serviços de saúde no SUS, sendo exercida em cada esfera do governo pelos seguintes órgãos:

- I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II – no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III – no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Essa mesma lei em seu Art. 33º define que os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta específica e movimentados sob a fiscalização dos Conselhos de Saúde. São os Fundos de Saúde, instituídos no âmbito de cada esfera, são considerados fundos especiais conforme definição da Lei nº 4.320/64. Esses recursos financeiros darão cobertura às ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios e estados, incluindo os recursos para cobertura assistencial ambulatorial, hospitalar e demais ações de saúde, bem como investimentos na rede de serviços – Lei Federal 8142/90, Art. 4º, Inciso I, Art. 2º, Inciso IV e Parágrafo Único (Brasil, 1990).

4.2- SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA E PRESSUPOSTOS LEGAIS

O Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – SNA/SUS, instituído pela Lei 8689/93 e regulamentado pelo Decreto 1651/95, estabelece a estruturação e funcionamento geral do sistema, a ser implementado nos três níveis – federal, estadual e municipal – de gestão do SUS. O Componente municipal do SNA vem sendo implantado nos municípios que se habilitaram a gestão plena do sistema em todo o país. Um processo de avaliação da implantação desse componente municipal do SNA vem se desenvolvendo visando identificar lacunas e propor melhorias em sua organização e operacionalização. Até o momento, não se conta com um instrumento de avaliação que possa ser aplicado a distintos municípios em distintos contextos. Esse marco teórico contemplou revisão dos conceitos de regulação, controle, avaliação, distinguindo-os da concepção de auditoria, a partir do que se caracterizou a concepção do SNA do SUS. A elaboração do instrumento implicou a construção de uma matriz da imagem-objeto do componente municipal do SNA, composta por níveis, dimensões e critérios, considerados como objeto de avaliação da sua estrutura e funcionamento, gerando uma graduação que indica o grau de implantação do sistema (Brasil, 1995).

O Decreto Nº 1.651, de 28/09/1995 que instituiu o SNA informa, no Art. 2º, que este, exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

- I – Controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;
- II – Avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;
- III – Auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Parágrafo Único. Sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas neste artigo serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde (Brasil, 1995).



Figura 3: Estrutura do Sistema Nacional de Auditoria.

Fonte: Freitas, 2015.

Existem vários entendimentos a respeito dessas três atividades, como parte integrante de um *continuum* hierárquico e/ou cronológico. Acredita-se, ainda, que esse foi o marco inicial da concepção da auditoria, repercutindo nos seus procedimentos até os dias atuais.

Em seu Art. 5º procurou sistematizar o processo de descentralização do SNA, definindo as competências de cada instância, sendo que a esfera federal ficou com a responsabilidade pela gestão das suas ações e serviços de saúde; pela verificação da conformidade das ações e serviços de saúde, no âmbito nacional, com a política de saúde instituída no Brasil; pelo controle dos recursos transferidos aos estados e municípios, mediante os relatórios de gestão; como também pelos sistemas estaduais de saúde e suas ações, instrumentos e métodos de controle, avaliação e auditoria. O nível estadual responderia pela gestão de suas ações e serviços públicos ou privados, contratados ou conveniados, e dos sistemas municipais e consórcios intermunicipais de saúde; pela verificação dos recursos estaduais repassados aos municípios; além de averiguar as ações, instrumentos e métodos utilizados pelos órgãos de controle, avaliação e auditoria dos municípios. O plano municipal deveria gerir suas ações e serviços de saúde públicos, ou privados, contratados e conveniados e, do mesmo modo, as desenvolvidas pelo consórcio intermunicipal.

Segundo Coleman et al. (1998), tanto a Lei n. 8.689/1993, como o Decreto nº 1.651/1995, foram resultados de um processo de discussão intensa entre as três esferas de governo, a fim de preservar ao máximo os preceitos contidos nas Leis nº 8.080/1990 e n. 8.142/1990 e na Constituição Federal. Nesse sentido, cabe apontar o empenho do CONASS, desde 1993, para a implantação do SNA de forma descentralizada, adequado à realidade do SUS. Em decorrência dessa ação foi elaborada, com a participação do CONASS, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS e de um representante da Secretaria de Assistência à Saúde – SAS do Ministério da Saúde, a primeira minuta do decreto dispondo sobre o SNA, apresentada na reunião plenária do CONASS, ocorrida em setembro de 1993, em Foz do Iguaçu, Paraná (Santos, 1996).

A partir desse contexto, o Sistema Nacional de Auditoria foi concebido de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. A estrutura proposta obedece à divisão de atribuições entre as esferas definidas na Lei nº 8.080/1990, com a União assumindo as atividades de coordenação, normatização, supervisão e avaliação dos macroprocessos e os estados e municípios atuando em sua esfera específica. De acordo com esse desenho, pode-se entender que são órgãos integrantes da estrutura do SNA:

1. Ministério da Saúde, por meio do Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS;
2. Secretarias Estaduais de Saúde, por meio do Componente Estadual do SNA;
3. Secretarias Municipais de Saúde, por meio do Componente Municipal do SNA.

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96, de 27 de agosto de 1996 (Brasil, 1997), buscou dar continuidade à sistematização acima citada, instituindo a estruturação de componentes do SNA nas três esferas gestoras do SUS. Avançou, também, em direção à constituição de um novo modelo de atenção à saúde, baseado na qualidade e em critérios epidemiológicos, de maneira a priorizar as necessidades dos usuários e não apenas a quantidade das ações e serviços. O mesmo ocorre na operacionalização do modelo de gestão do SUS, ao redefinir as responsabilidades da União, estados, Distrito Federal e municípios no SUS, estabelecendo os respectivos papéis de cada nível e uma nova prática de acompanhamento, controle e avaliação no SUS. Assim, a prática de controle se daria a partir do SNA e se constituiria em ações de auditoria analítica e operacional de responsabilidade de cada esfera gestora do SUS. Para isso, definiu-se a estruturação de órgãos de controle, avaliação e auditoria nas três instâncias do SUS, com definição de recursos, metodologia adequada e integração operacional.

A reorganização das atividades do SNA dá-se em 1999, através da Portaria 1069, que reestrutura o Ministério da Saúde, estabelece uma nova organização para as atividades do SNA e regulamenta o De-

partamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS. O departamento ficaria responsável pelas atividades de auditoria, devendo ser representado em todos os estados da Federação e no Distrito Federal (Brasil, 1999). Essa portaria também delibera que o órgão federal do SNA faria a verificação da regularidade dos atos praticados, produzindo ações orientadoras e corretivas em relação à aplicação dos recursos destinados às ações e serviços de saúde. Realça a necessidade de se adequar a qualidade e resolubilidade dessas ações e serviços de saúde, através da adoção de princípios da eficácia, eficiência e efetividade.

Com o objetivo de estimular a criação de um controle mais próximo e contextualizado ao local, a NOAS 01/2002 (Brasil, 2002) condicionou que somente seria habilitado o município em Gestão Plena do Sistema Municipal, o qual, entre outras responsabilidades, apresentasse estruturado o componente municipal de auditoria.

Em 2006, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, elaboraram o documento denominado “Pacto pela Saúde”, com o objetivo de avançar na consolidação do Sistema Único de Saúde. Este documento traz a responsabilização dos gestores do SUS, no âmbito de cada esfera de governo em relação ao Sistema e da Atenção a Saúde (Brasil, 2006a).

O Sistema Único de Saúde foi contemplado com o Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8080, de 1990), buscando fortalecer a governança do SUS, a explicitação de conceitos e a própria execução de diretrizes adotadas pelo sistema, passam a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão.

Na perspectiva de otimizar o acesso ao SUS e qualificar a assistência à saúde em todo o país, o Decreto traz elementos que são introduzidos, como a criação de regiões de saúde, a utilização de Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde – COAP, o aprofundamento das relações interfederativas, além da implantação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Brasil, 2011b).

O Contrato Organizativo de Ação Pública é um instrumento a ser utilizado para viabilizar o acordo firmado entre entes federativos, sobre a definição das responsabilidades, indicadores e metas de saúde dos municípios, por região de saúde.

O COAP é baseado no Decreto nº 7.508/2011 e nas demais decisões consensuais das Comissões Intergestores do SUS. Com o objetivo de garantir a concretude dos acordos firmados no COAP, o SNA é posto como instrumento de fundamental importância, conforme Art.40:

“O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do COAP” (Brasil, 2011b)

O SNA tem o papel fundamental para garantia da fiscalização, avaliação e controle da aplicação dos recursos na área da saúde, conforme art. 27 da LC nº 141:

Art. 27. Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectar que os recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3o desta Lei Complementar, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas:

- I – à adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;
- II – à responsabilização nas esferas competentes (Autor, ano).

Conferências de Saúde

São espaços consultivos destinados a analisar a conjuntura, os avanços e os desafios do SUS, bem como propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde. AS Conferências são compostas por diversos segmentos sociais e a Conferência Nacional de Saúde (CNS) é convocada a cada quatro anos.

Conselhos de Saúde

São órgãos permanentes e deliberativos, que reúnem representantes do Governo e dos prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários do SUS. Existem nas três esferas de gestão do SUS.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

A CIT é a instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo. Constitui-se em uma Comissão Técnica com o objetivo de discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, incluindo as questões operacionais, financeiras e administrativas da gestão do SUS. A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do País, além dos presidentes do Conass e Conasems. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação.

Comissão Corregedora Tripartite (CCT)

A CCT no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria foi instituída por meio da Portaria MS/GM nº 2.123 de 29 de agosto de 2007, com representação do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Ministério da Saúde, que indicará, cada qual, três membros para compô-la. A Comissão é integrada por nove membros escolhidos e designados pelo Ministério da Saúde, pertencentes à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), Conass e Conasems.

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

É o fórum de negociação entre o estado e os municípios na implantação e operacionalização do SUS. A CIB é composta paritariamente e integrada por representação do estado e de cada município e as decisões sempre serão tomadas por consenso.

Comissão Intergestores Regional (CIR)

No âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Conferências de Saúde

São espaços consultivos destinados a analisar a conjuntura, os avanços e os desafios do SUS, bem como propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde. AS Conferências são compostas por diversos segmentos sociais e a Conferência Nacional de Saúde (CNS) é convocada a cada quatro anos.

Conselhos de Saúde

São órgãos permanentes e deliberativos, que reúnem representantes do Governo e dos prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários do SUS. Existem nas três esferas de gestão do SUS.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

A CIT é a instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo. Constitui-se em uma Comissão Técnica com o objetivo de discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, incluindo as questões operacionais, financeiras e administrativas da gestão do SUS. A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do País, além dos presidentes do Conass e Conasems. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação.

Comissão Corregedora Tripartite (CCT)

A CCT no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria foi instituída por meio da Portaria MS/GM nº 2.123 de 29 de agosto de 2007, com representação do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Ministério da Saúde, que indicarão, cada qual, três membros para compô-la. A Comissão é integrada por nove membros escolhidos e designados pelo Ministério da Saúde, pertencentes à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), Conass e Conasems.

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

É o fórum de negociação entre o estado e os municípios na implantação e operacionalização do SUS. A CIB é composta paritariamente e integrada por representação do estado e de cada município e as decisões sempre serão tomadas por consenso.

Comissão Intergestores Regional (CIR)

No âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Figura 4: Principais instâncias de participação e controle do SUS.

Fonte: Brasil, 2011a.

Fortalecendo a transparência o § 3º, Art. 17 da Lei complementar 141 de 13 de janeiro de 2012 estabelece que manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas, de cada ente da Federação, informados sobre os recursos previstos com base no Plano Nacional de Saúde. Assim como no Art. 25, § único estabelece competência ao Tribunal de Contas, local, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde.

A Lei complementar 141/2012 vem reforçar a importância das auditorias realizadas com as recomendações e determinações. De acordo com o Art. 36 o gestor do SUS deve elaborar relatório quadrimestral minucioso referente produção e oferta de serviços públicos na rede assistencial própria, conveniada ou contratada confrontando tais dados com os indicadores de saúde da população assistida. A fiscalização do cumprimento das normas desta Lei Complementar está sob a responsabilidade dos Tribunais de Contas, Poder Legislativo, controle interno, sistema de auditoria do SUS e Conselho de Saúde de cada ente da Federação.

O Sistema Nacional de Auditoria encontra-se regulamentado nos pressupostos legais, atribuindo competências para as três esferas de governo. A auditoria no Sistema Único de Saúde está alicerçada na legislação, no compromisso dos gestores para estruturação e funcionamento da mesma em seu componente de forma descentralizada e dinâmica.

4.3 – AUDITORIA E O SISTEMA DE INFORMAÇÃO NO SUS

Análise dos documentos e dados disponíveis nos sistemas informatizados permite subsidiar e orientar a atividade de auditoria no SUS. São vários os sistemas de informação importantes para as ações de regulação, controle, avaliação e auditoria. Dentre os sistemas de informações existentes no Brasil, os mais diretamente relacionados e usados a essas práticas dizem respeito ao cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde e aos relativos à produção de serviços ambulatoriais e hospitalares, como:

- SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais: informa a capacidade operacional, as ações programadas e a produção ambulatorial, ou seja, os procedimentos realizados.
- SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica.
- SCNES – Sistemas do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, instituído em 2000, que inclui o cadastro dos estabelecimentos e dos profissionais de saúde.
- SIH – Sistema de Informações Hospitalares, que processa as Autorizações para Internação Hospitalar – AIH, disponibilizando informações sobre cada hospital que integra o SUS e as principais causas de internação e alguns indicadores de atenção hospitalar como tempo médio de permanência, taxa de mortalidade, diárias de Unidade de Tratamento Intensivo – UTI, entre outros.
- SISCNS – Sistema do Cadastro Nacional dos Usuários de Saúde, que identifica os usuários do SUS e possibilita a vinculação dos procedimentos realizados no âmbito do sistema a cada usuário, ao profissional que o realizou e também à unidade de saúde onde foi realizado.
- SI-PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações.
- SIM – Sistema de Informações de Mortalidade.
- SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação Compulsória.
- SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos.
- SISPRENATAL – Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.
- SISCOLO E SISMAMA – Sistema de Informação do Câncer da Mulher.
- HIPERDIA – Sistema de Informação de Hipertensão e Diabetes (Brasil, 2010).

A Portaria nº 1.467, de 10 de julho de 2006, institui o Sistema de Auditoria do SUS – SISAUD/SUS via Internet no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria. O uso do SISAUD/SUS visa organizar e padronizar os processos de trabalho executados nos três componentes de auditoria – federal, estadual e municipal. A adesão é formalizada através de ofício do secretário de saúde ao diretor do Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS, que o gerencia. A participação de todos é importante para aperfeiçoar as atividades de auditoria que busca transparência e agilidade nos seus registros. Na adesão o componente estadual, do Distrito Federal ou municipal do SNA passa a compor e utilizar uma base de dados de ocorrências das auditorias realizadas no âmbito do SUS. Esse sistema permite:

- O acompanhamento das auditorias.
- A identificação de toda a força de trabalho disponível no SNA.
- A normatização dos instrumentos utilizados (tais como: relatórios, roteiros, notas técnicas, constatações, recomendações, glosas).
- A facilidade de trabalhos integrados.
- A unificação de demandas (inclusive denúncias).
- O registro eletrônico dos resultados das auditorias com certificação digital (assinatura eletrônica).
- O registro de atividades mediante programação da equipe.
- A facilidade de consultas às informações e a emissão de relatório (Brasil, 2011a)

O auditor de cada componente de auditoria operacionaliza o sistema registrando todo processo de trabalho da auditoria, sendo possível inserir o Plano Anual de Atividades – PPA, a demanda, tarefa, planejamento, execução de atividades, relatórios, anexos com fotografias e outros documentos. Para facilitar a compreensão da rotina de operação do sistema desenvolvido para o ambiente da web foi elaborado o Manual do Usuário do Sistema de Auditoria do SUS – SISAUD/SUS que ensina o passo-a-passo para o registro e acompanhamento das auditorias cadastradas (Brasil, 2012a).

5 – TIPOS DE AUDITORIA EM SAÚDE

A publicação, “AUDITORIA do SUS – Orientações Básicas” (Brasil, 2011a) define auditoria:

- a) De acordo com a origem dos profissionais que nela atuam:
 - Direta– Auditoria realizada com a participação de técnicos de um mesmo componente do SNA.
 - Integrada– Auditoria realizada com a participação de técnicos de mais de um dos componentes do SNA.
 - Compartilhada – Auditoria realizada com a participação de técnicos do SNA, junto com os demais técnicos de outros órgãos de controle interno e externo.
- b) De acordo com a natureza da auditoria:
 - Regular ou Ordinária – Ações inseridas no planejamento anual de atividades dos componentes de auditoria.
 - Especial ou Extraordinária – Ações não inseridas no planejamento, realizadas para apurar denúncias ou para atender alguma demanda específica.
- c) Tipos de auditoria:
 - Conformidade – Examina a legalidade dos atos de gestão dos responsáveis sujeitos a sua jurisdição, quanto ao aspecto assistencial, contábil, financeiro, orçamentário e patrimonial.
 - Operacional – Avalia os sistemas de saúde, observados aspectos de eficiência, eficácia e efetividade (Brasil, 2011a).

6 – O EXEMPLO DA AUDITORIA ODONTOLÓGICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A análise/controle de qualidade das ações na saúde bucal realizadas é reconhecida na legislação vigente como Auditoria através: do Código de Ética Odontológica – Resolução CFO nº 42/2003 (Conselho Federal de Odontologia – CFO, 2003); da Resolução RDC nº 85 de 2001 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)- Lei nº 9961 de 28/01/2000 (Brasil, 2000b); da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1.993,

que instituiu o Sistema Nacional de Auditoria e regulamentado pelo Decreto 1651/95 e da Resolução CFO nº 20/2001 (CFO, 2001). Através desta última, o Conselho Federal de Odontologia considera a auditoria e/ou perícia odontológica caracterizada como ato(s) odontológico(s), por exigir(em) conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão, onde a auditoria constitui-se em importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando sua resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços, e considera perícia um termo jurídico que se refere à área cível, criminal e trabalhista. No Art. 4º considera-se auditor o profissional concursado ou contratado por empresa pública ou privada, que preste serviço odontológico e necessite de auditoria odontológica permanente para verificação da execução e da qualidade técnica-científica dos trabalhos realizados por seus credenciados.

A Lei Federal nº 5 081 de 24 de agosto de 1966, reguladora do exercício da Odontologia estabelece no Art. 6º que compete ao cirurgião-dentista proceder à perícia odonto-legal em foro cível, criminal, trabalhista e em sede administrativa. A chamada perícia em sede administrativa refere-se aos exames procedidos nessa esfera.

A perícia médico-legal é aplicável à Odontologia:

Um conjunto de procedimentos médicos e técnicos que tem como finalidade o esclarecimento de um fato de interesse da justiça. Ou como um ato pelo qual a autoridade procura conhecer, por meios técnicos e científicos, a existência ou não de certos acontecimentos, capazes de interferir na decisão de uma questão judiciária ligada à vida ou à saúde do homem ou que ele tenha relação (França, 2004, p.12).

Sendo a definição de perícia Odonto-legal:

Um procedimento encetado por autoridades públicas, administrativas, policiais e judiciárias, versando sobre fatos próprios da Odontologia, na busca de esclarecimentos indispensáveis à aplicação correta do direito substancial e ao encargo do cirurgião-dentista (Silva, 2010, p.124).

A perícia em sede administrativa, Auditoria, consiste no exame preliminar de dados e informações com a finalidade de obter elementos necessários ao desenvolvimento dos trabalhos/relatórios, procedendo à sua análise, de modo a verificar a natureza, a extensão e a profundidade dos procedimentos que nele serão empregados, garantindo que os resultados apontados atinjam seus objetivos, com eficiência, eficácia e efetividade.

A auditoria odontológica não deve ser vista como um tribunal de punições ou um “sistema feito” ditador de normas, mas com o nobre propósito de promover a qualidade da atenção odontológica e da educação profissional (Livraghi, 1983).

Na realização de Auditoria o Cirurgião-Dentista auditor deve avaliar se os procedimentos estão de acordo com as normas ou programas visando à satisfação do paciente e os interesses da instituição ou empresa, respeitando os preceitos éticos. As responsabilidades desse profissional se desenvolvem em um campo de ação amplo e a ele competem diferentes funções, entre as quais se podem identificar: análise da situação da saúde oral da população; elaboração de programas de saúde oral; identificação das necessidades e expectativas do paciente frente ao serviço odontológico ofertado; análise dos procedimentos e qualidade dos mesmos; avaliação dos serviços de saúde bucal baseado nos indicadores disponíveis e outros. Na opinião de Juhás (2001) a função do auditor odontológico não pode ser reduzida à conferência de fichas clínicas e radiografias, e ao pagamento – ou glosa – de tratamentos realizados. Nessa visão, ele estaria sendo equiparado aos inspetores de fábricas no início do século passado, cargo inexistente hoje, sabidamente custoso e sem resultados para a organização. A auditoria será sempre uma função de apoio e assessoria, é um órgão consultor e assessor dentro da organização, avaliando a otimização da gestão administrativa.

A Resolução CFO-20/2001 que normatiza perícias e auditorias odontológicas em Sede administrativa no Art. 25º estabelece que a mesma seja aplicável inclusive àquelas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (CFO, 2001).

O Ministério da Saúde publicou em 2005 um instrumento “Orientações Técnicas sobre Auditoria Odontológica no SUS” destinado à orientação das atividades de auditoria dos profissionais do Sistema Nacional de Auditoria do SUS SNA – SUS, integradas nos três níveis de atuação – federal, estadual e municipal – visando o redirecionamento nas ações de assistência desenvolvidas na área de Odontologia, como também a conscientização dos profissionais quanto ao significado da saúde bucal, no contexto da saúde integral no SUS, e a importância da garantia da qualidade da assistência prestada ao usuário e da segurança do profissional na execução da atividade (Brasil, 2005).

No desenvolvimento da auditoria odontológica no setor administrativo público, seguindo orientações técnicas e manuais elaborados pelo DENASUS o cirurgião-dentista auditor deve verificar o cumprimento das responsabilidades e da existência dos instrumentos de gestão de acordo com a legislação vigente. Os requisitos legais para transferência de recursos da União a Estados e Municípios, definidos na Lei Federal 8142/90, Art. 4º, visam garantir o cumprimento das diretrizes de controle social e de transparência da gestão pública, sendo pré-requisitos legais para habilitação nas condições de gestão estabelecidas pelas Normas Operacionais do Ministério da Saúde, sendo eles:

- 1) **Fundos de Saúde** – instituídos no âmbito de cada esfera, são considerados fundos especiais conforme definição da Lei nº 4.320/64. No Art. 33º da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) está definido que os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta específica e movimentados sob a fiscalização dos Conselhos de Saúde. Conforme a Lei 8080/90 no Art. 33º, o parágrafo 4º relata que através de seu sistema de auditoria o Ministério da Saúde acompanhará a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios; segundo as Leis nº 4.320/64, nº 8.142/90, nº 8.080/90 e o Decreto nº 1234/94EC nº 29/00 os aspectos normativos, orçamentários e financeiros bem como a utilização dos recursos na atenção básica em consonância com as normas legais devem ser analisados e observados. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei. A finalidade dos Fundos de Saúde é facilitar a administração dos recursos e também a fiscalização dos mesmos por parte das instâncias de controle, garantindo maior transparência na aplicação dos recursos financeiros do SUS.
- 2) **Plano Municipal de Saúde** – explicita o diagnóstico da situação social e sanitária, os objetivos, metas e prioridades da ação do município em saúde, compatibilizando as metas, a programação pactuada e integrada, os resultados físicos e financeiros. No Art. 4º da Lei 8142/90 os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com Fundo de Saúde e Plano de Saúde para receberem os recursos. Na realização de Auditoria deve ser verificada se a existência do plano está de acordo com a legislação, se a implementação das ações ocorre de forma permanente, e se a política de saúde implementadas no município contempla ações da atenção básica.
- 3) **Conselho Municipal de Saúde** – são instâncias colegiadas, com poder deliberativo e permanente do SUS em cada esfera de governo e consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da saúde atuando na elaboração das diretrizes gerais da política de saúde, controle da execução e utilização dos recursos públicos na área da saúde (Lei 8.142/90 art.2º inciso V, Resolução nº 333 de 04/11/03 do Conselho Nacional de Saúde).
- 4) **Relatório de Gestão** – na Lei nº 8.142/90 art.4º e Decreto nº 1.651/95 nos Art. 3º e 6º está relatado sobre a importância do Relatório de Gestão que se constitui da prestação de contas dos

recursos recebidos do Ministério da Saúde, comprovando a aplicação dos recursos transferidos fundo a fundo aos estados e municípios, a comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do Plano de Saúde e documentos adicionais avaliados pelos órgãos colegiados de deliberação própria do SUS. Os municípios devem fazer anualmente esse relatório, que deve ser aprovado pelo Conselho de Saúde e encaminhado ao Tribunal de Contas do Estado. Os municípios devem apresentar Relatórios detalhados elaborados trimestralmente, contendo dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, e devem apresentar ao Conselho de Saúde correspondente e em audiência pública, nas Câmaras de Vereadores e nas Assembleias Legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação (Lei nº 8689/93, Art. 12 e Decreto nº 1651/95, Art. 6º, Alínea b, Parágrafos 1º, 2º e 3º).

- 5) **Adesão ao Pacto de Indicadores da Atenção Básica** – a auditoria da atenção básica segue roteiros baseados em parâmetros e indicadores disponíveis nos sistemas de informação, independente da habilitação da gestão do município, segundo o Manual de Orientações para proceder Auditoria na Atenção Básica (Brasil, 2004). A humanização é um indicador importante para avaliar o trato humanitário, satisfação de atendimento, relação CD/paciente e é considerado um indicador de qualidade. A portaria nº 3840/10 (Brasil, 2010) inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde tendo como indicadores a média da ação coletiva de escovação dental supervisionada e a cobertura de primeira consulta odontológica programática para o ano de 2011. O auditor deve verificar a existência do documento de Adesão ao Pacto de Indicadores da Atenção Básica (Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso) assinado pelos gestores municipal e estadual de saúde.
- 6) **Controle e Avaliação** – o CD auditor deve verificar se o município apresenta condições técnica e administrativa para desempenho das atividades de Controle e Avaliação, através da definição de estrutura física e administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação: para os municípios não habilitados nas NOAS/01/02 -Norma Operacional da Assistência à Saúde (Brasil, 2002), o CD auditor verifica *in loco* a estrutura do controle e avaliação e as atividades desenvolvidas; para os municípios habilitados, o gestor municipal deve apresentar o Plano de Controle e Avaliação, conforme as atribuições pactuadas pelas três esferas de governo, contendo os objetivos e as ações a serem desenvolvidas, em seu território, a identificação da estrutura de controle e avaliação, que pode ser municipal, microrregional ou regional responsável pelas atividades. O Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – SNA/SUS, instituído pela Lei 8689/93 e regulamentado pelo Decreto 1651/95 estabelece a auditoria a ser implementado nos três níveis – federal, estadual e municipal – de gestão do SUS. Sendo que nos municípios que se habilitaram na gestão plena do sistema em todo o país deve ser implantado de imediato. No Art. 2º desse decreto de 1995 a auditoria da regularidade dos procedimentos praticados deve ser realizada mediante exame analítico e pericial. O quadro de recursos humanos dos municípios habilitados gestão plena necessita do cirurgião-dentista auditor para a realização da auditoria odontológica, que de acordo com o manual de Orientações Técnicas sobre Auditoria no SUS/2005 esse profissional requer conhecimentos técnicos e científicos da Odontologia e da Auditoria e o autor Silva (1997) informa que a perícia em sede administrativa na maioria dos serviços de saúde é exercida por um profissional sem formação especializada ou que desconhece a Odontologia. Ainda faz referência ao aspecto de que esse tipo de trabalho deve ser realizado por um cirurgião-dentista afeito às atividades de perícia.
- 7) **Ações de Epidemiologia** – verificar se o município tem condições para o desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica; se o município efetua as notificações das doenças conforme estabelece a legislação vigente e se executa as demais ações de Epidemiologia.

- 8) **Ações de Vigilância Sanitária** – verificar se o município tem estrutura para o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária, conforme normatização da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Passo a passo de um plano de trabalho em Auditoria:

- a) Determinação precisa dos objetivos do exame analítico e operativo, ou seja, a identificação completa sobre o que se deseja obter com a auditoria (objetivos, escopo e alcance da auditoria);
- b) Identificação do universo a ser auditado (se o levantamento de dados for por amostragem, deverá ser definido o critério e a extensão da amostra);
- c) Identificação dos documentos de referência, necessários para as análises preliminares (relatórios, protocolos, normas, legislação, instruções, manuais);
- d) Identificação das fontes de informação necessárias para a auditoria, observando a sua abrangência e confiabilidade;
- e) Estabelecimento de técnicas apropriadas e elaboração de roteiros para coleta de dados: listas de verificação, entrevistas, observação e outros (Brasil, 2011a).

As diretrizes gerais da política de saúde têm como objetivo as metas propostas relacionadas aos indicadores previamente pactuados, que agora devem constar no Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP (Brasil, 2012b) que viabiliza o acordo firmado entre os entes federativos referente a região de saúde, necessitam de avaliação, controle e auditoria permanente dos serviços prestados em saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. O papel da auditoria é verificar se houve alteração nos atos legais dos programas de saúde, verificar a estrutura administrativa para operacionalização dos mesmos, o funcionamento e desenvolvimento das ações de saúde de acordo com o que foi acordado na região de saúde; não de forma punitiva, mas com objetivo educativo contribuindo com os profissionais e programas de governo na consolidação do Sistema Único de Saúde.

7 – AUDITORIA ASSISTENCIAL OU CLÍNICA

A denominação de auditoria assistencial ou clínica surge a partir do Pacto pela Saúde, tendo como intenção à qualidade da atenção a saúde da população ou a produção das ações para assistência a saúde, com objetivo de realizar regularmente processo de medição e indução de qualidade no atendimento embasado em protocolos, procedimentos, trabalhos normatizados e pactuados (Brasil, 2006b).

O ciclo da auditoria clínica é um processo que se apresenta em seis momentos (Norman e Redfern, 2000):

- Identificação do problema a ser auditado;
- Estabelecimento de padrões ou metas ótimos;
- Avaliação do grau de consistência entre o padrão e o problema escolhido, estabelecendo a brecha a ser superada pela auditoria;
- Identificação das mudanças necessárias para que o problema seja superado;
- Implementação das mudanças identificadas;
- Monitoria do processo de mudança.



Figura 5: Ciclo da Auditoria.

Fonte: Norman e Redfern, 2000.

A base operacional desse ciclo é a comparação da prática clínica com um padrão normativo ótimo, onde a partir das avaliações realizadas devem ser realizadas as mudanças.

A experiência tem demonstrado que a fase mais crítica é a da implementação das mudanças, o que é muitas vezes é desconsiderado nos sistemas tradicionais de auditoria em saúde (Mendes, 2006).

A auditoria com esse enfoque impõe a organização dos sistemas de serviços em saúde, além de administrar os conflitos entre gerentes e profissionais, sendo que uma das principais funções na auditoria assistencial é o controle da utilização dos serviços em saúde.

Desta forma, deve-se seguir determinadas ações, segundo o recomendado abaixo (Brasil, 2011a).

Fase analítica da auditoria

Nesta fase, a equipe de auditoria reúne-se e realiza as seguintes atividades:

- 1) Análise dos documentos e dados disponíveis nos sistemas informatizados, que permitam subsidiar e orientar a fase operativa (SIM, Sinasc, SIA, SIH, SIAB, Siops, SCNES e outros) e também das informações locais das secretarias estaduais e municipais de saúde, que devem ser solicitadas e disponibilizadas pelas mesmas. Desta análise, deve ser feito o diagnóstico do objeto da auditoria, permitindo um melhor planejamento da fase operativa da auditoria;
- 2) Definição do escopo do trabalho, inclusive as unidades que deverão ser visitadas;
- 3) Elaboração e organização dos “papéis de trabalho” (documentos, relatórios extraídos de sistemas informatizados, planilhas) de acordo com o objeto principal da auditoria;
- 4) Elaboração do relatório analítico a partir das informações levantadas nessa fase;
- 5) Comunicação à entidade a ser auditada sobre a realização da auditoria. Nela, devem ser solicitados os documentos que serão disponibilizados à equipe para análise. A comunicação deve preceder a realização da auditoria.

Fase operativa (in loco) da auditoria

Consiste na verificação in loco das ações, com exame direto dos fatos e situações, tendo por objetivo sistematizar procedimentos. Esse exame busca confirmar ou não o atendimento às normas e leis, bem como a adequação, conformidade, eficiência e eficácia do processo de trabalho em saúde.

A essência da fase operativa é a busca de evidências que permitem ao auditor formar convicção sobre os fatos. As evidências são as informações que fundamentam os resultados de um trabalho de auditoria. A obtenção e a análise de dados é um processo contínuo, que inclui a coleta e a reunião de documentos comprobatórios dos fatos observados, cuja análise e interpretação têm como objetivo fundamentar o posicionamento da equipe de auditoria sobre os fatos auditados. As evidências validam o trabalho do auditor, sendo consideradas satisfatórias quando reúnem as características de suficiência, adequação e pertinência.

Uma minuciosa busca de evidências, associado à devida utilização dos papéis de trabalho, constituem fundamentos para a elaboração de um relatório de auditoria que retrate, com objetividade e clareza, os resultados apontados no decorrer dos trabalhos.

8 – AUDITORIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (Brasil, 2011a)

A atenção ambulatorial tem características mais específicas, pois atua em nível especializado, sendo importante o auditor conhecer o corpo médico, carga horária da equipe, escalas de trabalho, equipamentos para exames e diagnósticos, bem como a capacidade produtiva. Esse nível de atenção tem abrangência geográfica de assistência, tendo unidades com capacidade resolutiva e perfis distintos.

Como referência entre os municípios, é um veículo que identifica os fluxos e as necessidades na assistência bem como a variabilidade regional, gera demandas de difícil controle para a área de regulação.

É uma área que trabalha com grande vultuosidade de pacientes, podendo gerar uma demanda reprimida significativa comprometendo a assistência.

Na tentativa de organizar o serviço, devem ser observados alguns processos como: agendas que permitam ao gestor identificar a produção, estruturar a comunicação com os pacientes, controlar o absenteísmo, organizar os acessos calcado em protocolos, triar a população de acordo com o princípio da equidade, priorizar a gestão dos fluxos referenciados e a construir grades de referência e contra referência.

São através de atos como esses que coíbe e minimizam fraudes; esclarecendo, identificando as informações e alocando os recursos para o provimento adequado a saúde da população.

A Atenção Ambulatorial Especializada tem seu trabalho pautado no dimensionamento e controle de cotas, que devem ser distribuídas entre as unidades básicas de saúde e as demais unidades ambulatoriais e hospitalares regionais. Essa distribuição deve atender às demandas eletivas, evitando a centralização da origem da demanda em um conjunto restrito de unidades.

A atuação na alta complexidade ambulatorial tem características semelhantes à regulação dos exames de média complexidade, contudo a quantidade na oferta e demanda é bem menor. Geralmente nessa área o paciente está atento aos fluxos, o que facilita a comunicação, e também já dispõe de instrumento de controle e autorização consolidado, a APAC – Autorização de Procedimento Ambulatorial, assim como a internação hospitalar tem a Autorização de Internação Hospitalar – AIH.

Outro diferencial no atendimento de alto custo é que geralmente, não tem a restrição por cotas, uma vez que deve haver a intervenção prévia do médico auditor/regulador em todas as solicitações. Para a avaliação das urgências na alta complexidade, deve haver rigor na avaliação, embasada em protocolo que caracterize o atendimento.

A identificação do paciente no atendimento facilita as ações de controle e o que foi autorizado deve ser base para a produção. Um exemplo são as terapias de alta complexidade, que têm caráter de continuidade, sendo essenciais para algumas doenças com alto índice de mortalidade.

A experiência tem demonstrado que alta complexidade ambulatorial é mais simples de ser implantada com viabilidade mais fácil de ser atingida em relação ao atendimento da média, por ter mais protocolos validados, não tendo demanda necessariamente das unidades básicas de saúde.

Nesse nível de atenção concentra-se grande volume de recursos, pois os procedimentos têm custos elevados, tendo grande impacto no processo assistencial, na organização dos serviços, no fluxo de informações e nos processos de pactuação entre municípios.

9– AUDITORIA NAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Sendo a mais específica das ações em saúde no controle, avaliação, auditoria e regulação. Nesse nível coexiste, com a mesma intensidade, a regulação de procedimentos eletivos e de urgência, associada à regulação de leitos, com toda sua dinâmica e rotatividade.

A atenção hospitalar possui uma gama variada de protocolos, tendo como principal demanda as unidades de pronto atendimento, prontos-socorros, atendimentos pré-hospitalares. Os ambulatorios de especialidades e a atenção básica também demandam internações hospitalares e todos devem estar sujeitos a protocolos e à ação em auditoria, seja nos casos de urgência ou eletivos.

Os fluxos da internação estão ligados à capacidade instalada de leitos na rede de serviços de saúde e consistem na alocação do leito e na autorização dos procedimentos hospitalares, por meio da Autorização de Internação Hospitalar – A IH. Essa ação é desencadeada pelo laudo para emissão da AIH, gerando a reserva da vaga. Quando o paciente é efetivamente internado, segue-se à ocupação do leito e à execução dos procedimentos hospitalares, seguindo o leito ocupado até a alta do paciente e a liberação da vaga para uma nova internação. Nesse fluxo estão também os leitos complementares, especialmente as Unidades de Tratamentos Intensivos – UTI.

A autorização dos procedimentos é um diferencial no trabalho da auditoria médica operativa atuando na internação, validando mudanças de procedimento, transferências entre clínicas, autorizando a permanência.

É um trabalho de integração entre diversas áreas da gestão, atuando no controle dos atendimentos, das agendas, dos tetos, das cotas, da Programação Pactuada e Integrada – PPI, subsidiando ações de controle, avaliação, auditoria, planejamento e programação, qualificando a informação, agregando o processamento da produção, autorizações, a qualificação das bases e das rotinas cadastrais, incorporando protocolos, qualificando a comunicação com o usuário.

Viabiliza a hierarquização da rede de serviços de saúde, qualificando a gestão e contribuindo para a garantia da integralidade e da equidade da atenção na saúde (Brasil, 2011a).

INDICADORES USADOS EM AUDITORIA HOSPITALAR

- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- Relatório demonstrativo das AIH pagas.
- Relatório de procedimentos especiais.
- Relatório de serviços profissionais.
- Discriminação de pagamentos de serviços especiais.
- Relatório comparativo entre procedimentos solicitados e realizados (avaliação de materiais de alto custo como órteses e próteses).
- Autorização da internação hospitalar.
- Resumo dos valores vigentes e pagamentos dos materiais de alto custo (Brasil, 2011a)

Na fase operativa é importante:

- Solicitar a produção do prestador.
- Calcular percentual das internações por especialidade.
- Iniciar a análise das AIHs pelos procedimentos de alto custo ou especiais como UTI; hemoderivados; diálise; cirurgias.
- Compatibilizar o motivo de agregação de valor com o procedimento realizado. (Brasil, 2011a)

10. PERFIL DO AUDITOR/IMPLICAÇÕES ÉTICAS

Melo (2007) informa que na percepção dos auditores do Sistema Único de Saúde, apesar da autonomia limitada, a importância que a auditoria tem assumido para o SUS, de acordo com o reconhecimento do Ministério Público Federal, Tribunal de Contas da União e da Controladoria Geral da União, vem aumentando o reconhecimento quanto à “força cultural” do auditor e o valor social de seu trabalho.

A capacitação técnica dos auditores é fundamental para a ação da auditoria, proporcionando uma maior autonomia no exercício profissional, como também um amparo legal. Atualmente as cooperativas médicas são as que mais investem no aprimoramento profissional.

O auditor, apesar de considerado um especialista, se percebe como um mero executor de políticas formuladas, fortalecendo, assim, a impessoalidade no processo de auditoria. A competência técnica parece ser a dimensão mais desejada pelos diversos auditores, pois almejam garantias de aperfeiçoamento e obtenção de legitimidade para suas ações, além de garantias de direitos já alcançados por outros auditores, integrantes dos sistemas de controle externo ao Ministério da Saúde. Esse perfil vem, também, sustentar a profissionalização da auditoria em saúde.

Da mesma forma que os auditores em saúde, os supervisores sempre deverão se comportar dentro de um Código de Ética profissional, dentre os quais cabe destacar: bom-senso no procedimento de revisão e sugestão; autoconfiança; sigilo profissional; discrição profissional; capacidade prática; sentido objetivo; liberdade de pensamento e ação; meticulosidade e correção; perspicácia nas ações; pesquisa e atualização técnica permanente; finura de trato e educação (Zuriaga Jr., 2009).

De acordo com Osório Solis et al. (2002) entre os requisitos necessários a um auditor, que constam no Manual de Normas de Auditoria do Ministério da Saúde, destaca-se a não-atuação profissional nas atividades que ele auditará, com o objetivo de preservar a ética e consequentemente imparcialidade nos serviços executados. Exige-se, igualmente, agir com cautela, discrição, honestidade, sigilo e zelo; manter-se atualizado tecnicamente; ter o apoio e a confiança individual dos coordenadores do serviço, dos usuários e da instituição. Todos esses requisitos têm por finalidade viabilizar a autonomia profissional para execução do processo de auditoria. Em última instância, um auditor deve estar apto a formular e programar normas, procedimentos e técnicas para o desempenho da auditoria, assumindo uma posição de independência e imparcialidade. Há, nesse aspecto, a necessidade de profissionais capacitados e formados na área de auditoria.

Pina e Torres (2001) ressaltam o extremo valor do relatório de um processo de auditoria e o definem como um documento legal que apresenta o resultado dos trabalhos, devendo o auditor redigi-lo com objetividade e imparcialidade, expressando conclusões, recomendações e providências a serem tomadas pela administração pública ou privada.

Os auditores devem ter uma qualificação aprimorada, pois os seus relatórios deverão ter integridade em seus conteúdos. Podendo-se dizer que a qualificação dos auditores resulta de uma educação formal e informal que inclui treinamento, orientação, experiência, educação continuada e trabalho. Os elementos essenciais na qualificação dos auditores são conhecimento, habilidade, atitude, aptidões, autonomia, entre outros. Uma auditoria em grupo deve exigir igual qualificação de todos os auditores (Costa e Alevato, 2010).

O Conselho Federal de Odontologia – CFO redigiu a resolução 20/2001 que normaliza perícias e auditorias em sede administrativa, onde são ditas as regras que norteiam esse trabalho. Muitas vezes as perícias são confundidas com as auditorias. A principal finalidade da auditoria é a manutenção da qualidade dos serviços odontológicos. Outra importante diferença é que a perícia odontológica é realizada por perito, ou seja, Cirurgião- Dentista especialista. Por outro lado, observa-se que nas auditorias atuam Cirurgiões- Dentistas não especialistas na área de Odontologia Legal, e que às vezes estes não têm noções de auditoria. Isso devido ao fato do CFO não obrigar as instituições a terem auditores odontologistas ou que tenham conhecimento mínimo de auditoria. Lembrando ainda que o próprio CFO estabelece a necessidade do auditor ter conhecimento técnico da matéria (informação verbal)¹.

11. RELATOS DE EXPERIÊNCIAS EM AUDITORIA:

11.1. A Experiência em Londrina, Paraná (Liberatti et al., 2014):

Londrina é centro de referência em saúde, para média e alta complexidade, conta com três hospitais de nível terciário, e cinco outros hospitais de nível secundário-especializados. Contudo, havia uma insuficiência de leitos hospitalares, principalmente os de UTI, e a gestão apresentava dificuldades em identificar a real constituição da sua rede de assistência, pois não tinha clareza da situação local dos serviços e nem da demanda que acessava os mesmos. Além disso, haviam muitas queixas referidas por parte da população: falta de atendimento ou atendimento insuficiente para os pacientes que necessitavam dos leitos de UTI, questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e demora no tempo de realização de cirurgias. Desta forma, a estratégia adotada pela Secretaria Municipal de Saúde em 2008 foi a implantação da Auditoria Operativa nos hospitais.

Descrição da experiência: Uma equipe composta por 14 enfermeiros, os quais diariamente atuavam nos hospitais, verificaram in loco a estrutura operacional dos hospitais, bem como a ocupação de todos os leitos. Os enfermeiros avaliavam a forma de entrada de todos os pacientes atendidos nos hospitais; montavam uma planilha com os dados da ocupação dos leitos hospitalares, e essas informações eram encaminhadas em tempo real às Centrais de Regulação de Urgência/Emergência e Central de Leitos do Município. Além disso, a equipe realizava diariamente a verificação da conta hospitalar; do desempenho dos procedimentos cirúrgicos de caráter eletivo e de urgência nos hospitais; análise de eventuais fatores que inviabilizam a realização das cirurgias, mensuração da fila de espera e avaliação de todos os atendimentos com foco na qualidade da assistência prestada ao paciente SUS.

Resultados alcançados: Houve redução nas inconformidades relacionadas ao acesso do usuário do SUS aos hospitais; ampliação no número de pacientes com acesso aos leitos de UTI adulto e infantil; melhoria no cumprimento das metas contratuais dos hospitais; implantação do acolhimento com classificação de risco nos hospitais secundários e terciários; maior potencial de resolutividade das Centrais de Regulação; realização de reuniões educativas referentes à contratualização e melhoria no fluxo de realização das cirurgias eletivas pactuadas.

Contribuições para a saúde pública do Paraná: A auditoria operativa atuou desenvolvendo ações educativas e apoiou a busca da garantia de uma assistência prestada em conformidade com os princípios da política nacional da humanização, zelando pela gratuidade, equidade e integralidade dos serviços prestados, ao usuário SUS, objetivando o alcance do melhor grau de satisfação do usuário SUS e qualidade da assistência prestada.

11.2 A Experiência em Sobral, Ceará (Tajra et al., 2012):

Em Sobral, uma necessidade de desenvolvimento de profissionais para o trabalho em saúde coerente com a proposta adotada pelo município era necessário. Também era interesse da Secretaria Municipal de Saúde garantir um bom ambiente de trabalho, bem como o acesso da comunidade a práticas saudáveis em cada um dos estabelecimentos de saúde. Neste sentido, foi intenção do corpo técnico de auditoria identificar as necessidades dentro do processo de trabalho em saúde, a fim de sugerir mudanças coerentes com a realidade vivenciada.

Descrição da Experiência: aplicação da auditoria como ferramenta de gestão do SUS com a finalidade de auxiliar os membros da administração no desempenho efetivo de suas funções e responsabilidades, fornecendo-lhes análises, apreciações, recomendações e comentários pertinentes às atividades examinadas. A experiência do corpo técnico de auditoria realizada em cumprimento ao Plano de Trabalho do Departamento Municipal de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde e em consonância com o Termo de Compromisso assinado pelo atual gestor foi apresentada. Roteiros de trabalho foram construídos, onde o corpo técnico de auditoria elaborava questões relativas à sua operacionalização, no intuito de identificar boas práticas, bem como pontos a serem aperfeiçoados e melhorados no que se refere às ações e serviços em saúde, estrutura, processos e resultados alcançados, com o feedback dos profissionais auditados.

Resultados alcançados: A partir da apropriação da ferramenta no processo de trabalho em auditoria neste município, pode-se observar melhor organização das ações de auditoria, bem como a articulação e integração com outras áreas técnicas da saúde, a saber: Coordenações da Atenção Primária, Secundária e Terciária, Coordenação Municipal de Saúde Bucal (CMSB), Vigilância em Saúde (VISA), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e Ouvidoria em Saúde. Soma-se a isso o fato de que a fase de planejamento permite melhor adequação dos instrumentos de coleta, uma vez que amplia o foco da discussão entre os profissionais de várias categorias e aproxima a temática de auditoria a todos os participantes. Isso contribuiu, significativamente, para sua desmistificação e aproximação desta ferramenta de trabalho à gestão em saúde.

Contribuições para a saúde pública: Em se tratando do caráter pedagógico assumido pelo grupo de trabalho, foi possível identificar eixos de discussão que puderam subsidiar o processo de Educação Permanente desenvolvido neste município. Com isto, pretende-se sistematizar e promover a continuidade de auditorias nos estabelecimentos de saúde da rede pública municipal, bem como organizar a discussão de temáticas afins em caráter de educação permanente. A experiência de discussão destes eixos com os profissionais de saúde colaborou com o processo de autoavaliação e contribuiu com a resolutiva de alguns assuntos de sua governabilidade. Por fim, vale destacar que o desenvolvimento continuado desta metodologia deve contribuir para a correção ou mitigação de impactos de ações equivocadas das ações e serviços em saúde por parte dos serviços auditados.

Curiosidade:

Assistamos seguinte vídeos de curta duração

<https://www.youtube.com/watch?v=mELO1yr4HwQ>

<http://globotv.globo.com/rede-globo/dftv-1a-edicao/v/auditoria-aponta-irregularidades-no-sistema-de-saude/3824836/>

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A auditoria no setor público é uma atividade integrante do governo, uma imposição constitucional, com o propósito construtivo e educacional que verifica o cumprimento das diretrizes do SUS e dos

princípios da administração pública; garantindo qualidade, assistência e segurança aos usuários e profissionais do mesmo. Acrescentando que a auditoria não tem função punitiva em setor algum, mas colabora e otimiza os serviços de saúde e pode contribuir de forma importante na elaboração de Leis, Decretos e Normas, a partir de detecções das distorções na saúde pública. Todos os relatórios de auditoria devem ser publicados; estes auxiliam o controle social que pode ser exercido diretamente pelos cidadãos, de forma isolada, na qual cada indivíduo percebe e verifica comportamento dos gestores frente as ações governamentais, como também através de Organizações Não-Governamentais – ONGs, compostas por voluntários e profissionais das mais diversas áreas, que atuam em associações na observação das despesas públicas. O controle social também pode ser exercido de forma coletiva pelos Conselhos de Políticas Públicas, onde os conselheiros têm funções consultivas, deliberativas, fiscalizadoras e mobilizadoras.

13. REFERÊNCIAS

- Anastasia F. Responsabilización por el control parlamentario. In: Consejo Científico del CLAD. La Responsabilización en la nueva gestión pública latinoamericana. Buenos Aires: CLAD; 2000.
- Associação Paulista de Medicina. SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu; 2004.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
- Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 [acesso 2015 mar 18]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 1990 set 20. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
- Brasil. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995 [acesso 2015 fev 02]. Regulamenta o sistema nacional de auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília [internet]. Diário Oficial da União. 1995 set 29. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/d1651.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. 36p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.069/GM, de 19 de agosto de 1999 [acesso 2015 mar 18]. Dispõe sobre proposta de reorganização das atividades de controle e avaliação e de auditoria no âmbito do Ministério da Saúde [internet]. Disponível em: http://www.mp.ce.gov.br/orgaos/PROSAUDE/pdf/portariaGMMS1069_19081999.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000a. 44p.
- Brasil. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Diário Oficial da União. 2000b jan 29; Seção 1, p.104.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 [acesso 2015 jun 10]. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Orientações para proceder auditoria na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 53p.

- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 56p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006a [acesso 2015 maio 15]. Divulga o pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para programação pactuada integrada da assistência a saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b. v.5
- Brasil. Ministério da Saúde. Curso básico de regulação controle, avaliação e auditoria do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 56p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Auditoria do SUS: orientações básicas SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a. 48p.
- Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 [acesso 2015 maio 15]. 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 [internet]. Diário Oficial da União. 2011b jun 29. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Sistema Nacional de Auditoria do SUS: uma construção interfederativa. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.
- Brasil. Tribunal de Contas da União. Controles na administração pública: *accountability*. Brasília: TCU; 2012b. 23p.
- Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012c. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal [Acesso em 02 de setembro de 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. História da auditoria em saúde [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/historia.cfm>
- Caleman G, Moreira ML, Sanchez MC. Auditoria, controle e programação de serviços de saúde. São Paulo: FSP/USP; 1998. v.5, p.138-45.
- Camacho LAB, Rubin HR. Reliability of medical audit in quality assessment of medical care. Cad Saúde Pública. 1996; 12(Suppl 2): 85-93.
- Chiavenato I. Administração: teoria, processo e prática. São Paulo: McGraw-Hill; 1985. 381p.
- Conselho Federal de Odontologia. Resolução 20/2001. Normatiza perícias e auditorias odontológicas em sede administrativa. Rio de Janeiro: CFO; 2001.
- Conselho Federal de Odontologia. Código de ética odontológica. Resolução CFO-42/03. Rio de Janeiro: CFO; 2003.
- Costa M, Alevato H. Auditoria odontológica: uma ferramenta de gestão em saúde suplementar. In: VI Congresso Nacional de Excelência em Gestão; 2010 ago 5-7; Niterói, RJ. Rio de Janeiro: CNEG; 2010.
- Da Silva PGK. O papel do controle interno na administração pública. ConTexto [internet]. 2002; [acesso 2015 maio 20] 2(2): Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/ConTexto/article/view/11555>
- França GV. Medicina legal. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. 584p.
- Freitas T. DENASUS – Fortalecimento do SNA [acesso 2015 maio 20]. Disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/1698125/>
- Grande dicionário Houaiss beta da língua portuguesa [acesso 2014 dez 26]. Disponível em: <http://houaiss.uol.com.br/busca.jhtm?verbete=auditoria&stype=k>.
- Juhás R. Auditoria em odontologia. São Paulo: Clássica; 2001. 130p.
- Lara AR. A importância da auditoria de prontuário e de educação continuada em uma instituição hospitalar [trabalho de conclusão de curso – especialização]. Campinas: Universidade Castelo Branco; 2009. 52p.

- Liberatti VM, Tomimatsu MF, Batista Z, Piccoli B, Haddad MCL. Implantação e contribuição da auditoria operativa na rede de atenção em saúde em Londrina, Paraná [Resumo]. In: 2º Congresso Paranaense de Saúde Pública; 2014 ago 14-16; Curitiba, Paraná. Espaço Saúde [internet]. 2014; [acesso 2015 maio 20] 15(Supl 2): 148. Disponível em: <http://inesco.org.br/conferencias/index.php/2congresso/2cpsp/paper/view/343>
- Livraghi E. Auditoria odontológica. *Rev Sanid Mil Argent*. 1983; 6(4): 152-7.
- Llanos Zavalaga F. Auditoria médica en el primer nivel de atención. *Rev Méd Hered*. 2000; 11(3): 107-12.
- Melo MB. O Sistema Nacional de Auditoria do SUS: estruturação, avanços, desafios e força de trabalho [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2007. 217p.
- Mendes EV. Auditoria clínica. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2006. 14p.
- Norman I, Redfern S. What is audit? In: Kogan M, Sally R. Making use of clinical audit. Buckingham: Open University Press; 2000.
- Osorio Solis G, Sayes VN, Fernández ML, Araya E, Poblete MD. Auditoria médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. *Rev Méd Chile*. 2002; 130(2): 226-9.
- Pina V, Torres L. La contabilidad del sector público. Publicado em 2001 [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: <http://ciberconta.unizar.es/leccion/contpub001/>
- Santos JL, Schmidt P, Gomes JMM. Fundamentos de auditoria. São Paulo: Atlas; 2006.
- Santos L. Sistema Nacional de Auditoria: cartilha sobre auditoria no âmbito do SUS. Brasília: CONASS; 1996. 93p.
- Silva M. Compêndio de odontologia legal. Rio de Janeiro: MEDSI; 1997. 483p.
- Silva RHA. Orientação profissional para cirurgião-dentista: ética e legislação. São Paulo: Santos; 2010. 594p.
- Tajra FS, Lira GV, Rodrigues AB, Tajra RS. PDCA como proposta metodológica associada à Auditoria em Saúde: relato de experiência de Sobral-Ceará. *Tempus Actas Saúde Colet* [internet]. 2012; [acesso 2015 ago 26] 6(4): 201-15. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1216>.
- Vale C. Procedimentos de auditoria pública. João Pessoa: Universitária; 2001.
- Viegas A. Auditoria [acesso 2015 maio 20]. Disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/84131/>
- Zuriaga Jr RC. Perfil dos médicos supervisores dos escritórios regionais de saúde do Estado de Mato Grosso [trabalho de conclusão de curso – especialização]. Cuiabá: Fundação Getúlio Vargas; 2009. 31p.

CAPÍTULO 21 – JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE – DE CONCEITOS FUNDAMENTAIS A PRÁTICA

O OLHAR DE UM ENTE FEDERADO SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Maurício Massayuki Nambu

Farmacêutico e Bioquímico pela Universidade Estadual de Londrina/PR
Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva pela FOP/UNICAMP/SP
Especialista em Assistência Farmacêutica pela UNAERP/Ministério da Saúde
Especialista em Saúde Pública pela FANORPI/PR
Professor das Faculdades Integradas de Ourinhos
Farmacêutico da Secretaria Municipal de Saúde de Ourinhos/SP

Luciane Miranda Guerra

Especialista, Mestre em Odontologia Legal e Doutora em Saúde Coletiva pela FOP UNICAMP
Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos

Neste espaço apresentamos alguns conceitos e situações sobre a judicialização das políticas públicas, buscando refletir de maneira teórica sobre o assunto e possibilitando aos gestores municipais um compar-tilhamento da prática na área de judicialização das políticas públicas da Assistência Farmacêutica.

Conteúdo Programático

1. Introdução
2. Conceitos e Definições
 - 2.1. Do Direito à Saúde
 - 2.2. Judicialização
 - 2.3. Atos Processuais
3. Judicialização das Políticas Públicas de Assistência Farmacêutica
 - 3.1. O Ciclo da Assistência Farmacêutica e as realidades nas esferas Federal, Estadual e Municipal
 - 3.2. Assistência Farmacêutica – Componentes e Financiamento
4. Experiência prática no embasamento de resposta técnica para subsídio ao setor jurídico
5. Considerações Finais
6. Experiências Exitosas

Leitura Obrigatória

- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência farmacêutica no SUS. Brasília: CONASS; 2011. 186p.
- Chieffi AL, Barata RCB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. Cad Saúde Pública. 2009; 25(8): 1839-49.
- Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S, organizadores. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.
- Keinert TMM, Paula SHB, Bonfim JRA, organizadores. As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009. 233p.

Leitura Complementar

- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a política nacional de assistência farmacêutica. Diário Oficial da União. 2004 maio 20.
- Brasil. Supremo Tribunal Federal. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010. Recomenda aos tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde [acesso 2015 jul 02]. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/atos_normativos/recomendacao/recomendacao_31_30032010_22102012173049.pdf
- Brasil. Supremo Tribunal Federal. Conselho Nacional de Justiça. Enunciados aprovados na I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça; 2014 maio 14-16; São Paulo [acesso 2015 jul 02]. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_%20PLENARIA_15_5_14_r.pdf
- Zavascki TA. Antecipação da tutela e colisão de direitos fundamentais. Rev Trib Reg Fed 1ª Reg [internet]. 1995; [acesso 2015 jul 02] 7(3): 15-32. Disponível em: <http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/15394-15395-1-PB.pdf>.

Atividade prática

Observe o texto abaixo e procure responder as questões propostas.

Manda qualquer Oficial de Justiça de sua jurisdição que, em cumprimento deste, proceda à citação do (a) (s) requerido(a) (s) indicado(a) (s), presente nos autos e na ação proposta que proceda a intimação da liminar deferida em favor do(a) requerente, tratando-se de ação de obrigação de fazer cumulada com pedido de antecipação de tutela. Aduz o (a) requerente que é acometido (a) de moléstia grave, necessitando dos medicamentos prescritos nos autos, sob risco de agravamento da doença, cujo fornecimento foi negado pelas instâncias de saúde. Vislumbro presentes os requisitos para concessão de medida liminar, de natureza cautelar. Baseados no *periculum in mora* e no *fumus boni iuris*, comprovando a necessidade do medicamento negado, dando conta que, se não concedida a liminar, o desfecho será irremediável para o (a) autor (a), determinando o cumprimento integral e imediato do requerido.

(Texto inspirado em processos ordinários recebidos pelo município de Ourinhos/SP entre 2005 e 2012)

- Do que se trata os termos *periculum in mora* e *fumus boni iuris* e o que isso implica do deferimento da tutela antecipatória?
- O gestor deverá ou não atender o pretendido? Se sim, em que tempo?
- Reflita e escreva sobre os possíveis subsídios para manifestação e/ou defesa a serem fornecidos para o setor jurídico.

1. INTRODUÇÃO

O surgimento intenso e constante de ações judiciais causa reflexões quanto às responsabilidades de cada esfera governamental, no que se refere ao repasse de recursos financeiros ou materiais. Além disto, estes atos processuais podem originar demandas de caráter individualizado, colocando a gestão e sentido coletivo em condição no mínimo, delicada. A execução dos serviços de maneira coordenada, baseada nos princípios doutrinários do SUS como “integralidade e universalidade” e a necessidade pungente da garantia dos direitos sociais, subsidiam as decisões do poder judiciário, mas, na prática, os gestores vêm enfrentando dificuldades no atendimento destas demandas. Evidente se torna que os direitos sociais são os norteadores deste processo, embasados no arcabouço legal presente na carta magna e nas leis que sustentam o Sistema Único de Saúde. No entanto, como esta situação se põe na condução das políticas públicas e suas consequências na área da saúde é que nos fomenta a pensar e discutir sobre o tema em questão. Neste contexto, tentamos refletir sobre conceitos que permeiam o termo judicialização e seu entrelaçamento com a área de saúde, mais especificamente com a área das políticas públicas da Assistência Farmacêutica municipal.

2. Direitos sociais, Direitos fundamentais

2.1 DO DIREITO À SAÚDE

Os direitos sociais e os direitos à saúde garantidos pela Constituição, não por menos conhecida como “Constituição Cidadã”, e a legislação do Sistema Único de Saúde são fundamentais para que os cidadãos possam ter acesso a serviços, procedimentos e produtos no âmbito da promoção, prevenção e tratamento na área da saúde.

Backman et al. (2008) afirmam que os direitos humanos e, consequentemente, os direitos sociais, norteiam um sistema judicial justo e um sistema de saúde eficiente.

Pressuposto que o embasamento jurídico está fundamentado nos direitos sociais garantidos pela Constituição Brasileira, entre eles o direito à saúde, a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados, reconhecendo-os como um conjunto de direitos sociais, e que neste contexto também podemos denominá-los de fundamentais (Brasil, 1988; Sarlet e Figueiredo, 2008).

No texto constitucional em seu capítulo dos Direitos e Garantias Fundamentais, o direito à saúde está assim descrito no artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

O Ministério da Saúde, através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, reafirma o texto constitucional em relação ao direito à saúde, como direito fundamental, dispondo no seu artigo 2º que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, destacando em seu artigo 6º, as áreas de atuação do SUS, como por exemplo, a atenção integral, inclusive a farmacêutica (Brasil, 1990a).

Mesmo com a alteração da Lei nº 8.080/90, através da Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, a qual dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, definindo o que seria assistência terapêutica integral e o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, o qual pressupõe algumas particularidades sobre a universalidade da assistência farmacêutica em seu artigo nº 28, os argumentos nas demandas jurídicas ainda se baseiam na Constituição Federal (Brasil, 2011a, 2011b).

Atualmente há três posições quanto à colocação da eficácia da atuação do judiciário no campo do direito à saúde nas demandas que envolvem o SUS. A primeira colocação entende que deveria se limitar aos serviços prestados dentro do âmbito do próprio serviço oferecido pelo gestor; outra compreende que o direito à vida e à integridade física do indivíduo é soberano, considerando a prescrição de tratamentos/medicamentos de forma absoluta, o que implicaria na obrigação na disponibilização dos serviços ou materiais pelo SUS, e a terceira colocação entende que a eficácia do direito à saúde deve ser ampla e o judiciário deveria ponderar entre os direitos e os bens pretendidos antes de estabelecer decisão final (Ventura et al., 2010; Travassos et al., 2013).

A complexidade da questão jurídica e filosófica, a qual permeia estes direitos fundamentais sociais, da vida e da dignidade do ser humano, condizem com necessidades existenciais de todo e qualquer indivíduo, e que por consequência deverá ser ponto de análise do magistrado na designação do mínimo existencial e sua relação com os direitos sociais (Sarlet e Figueiredo, 2008).

Ressaltamos, portanto, que o Poder Judiciário se baseará nesta questão, buscando proteção a vida e a dignidade do ser humano.

Força Jurídica x Gestão Pública

2.2 JUDICIALIZAÇÃO

A força do setor judicial tornou-se muito evidente no final do século passado, principalmente na maioria dos países ocidentais onde a democracia é predominante, locais que adotaram o Tribunal Constitucional como mecanismo de controle dos outros poderes (Carvalho, 2004).

Em um ambiente contemporâneo de cultura democrática é que os juízes ganham destaque em quase todos os setores e nuances da vida social. Este fato se solidifica, a partir principalmente de 1970, passando os juízes cada vez mais a ocupar lugares tradicionalmente reservados às instituições especializadas da política e às de autorregulação social (Vianna et al., 2007). Portanto, de maneira geral, considera-se a judicialização como um fenômeno que tem suas origens na ingerência do Poder Judiciário sobre instituições políticas e sociais (Borges e Ugá, 2009).

A origem do termo Judicialização surge no livro *The Global Expansion of Judicial Power* de 1995, sendo utilizado para designar o aumento dos litígios e, conseqüentemente, das ações judiciais reivindicatórias de direitos sociais em diferentes localizações (Carvalho, 2004; Borges e Ugá, 2009).

No Brasil, a judicialização vem num crescente de demandas diversas na tentativa de garantir direitos fundamentais sociais, inclusive na área de saúde, sendo provocado a se manifestar em relação a questões públicas, anteriormente não tão comuns e muitas vezes no âmbito individual (Sarlet e Figueiredo, 2008).

O termo judicialização é citado por diversos autores (Tate e Vallinder, 1995; Carvalho, 2004; Travassos et al., 2013), significando basicamente a inserção do Poder Judiciário nas políticas públicas. Chieffi e Barata (2009) designam a Judicialização da Saúde como a garantia de acesso a bens e serviços na área de saúde por intermédio do recurso a ações judiciais.

Não podemos nos olvidar que o progresso tecnológico influencia a sociedade, concebendo modificações comportamentais nas pessoas, no cotidiano e na saúde e, por consequência, promovendo necessidades crescentes e pressionando setores de serviços a disponibilizar todas estas tecnologias (Brasil, 2011c).

O início do processo de “judicialização da saúde” no Brasil, começou nos anos 90, através de reivindicações jurídicas de portadoras do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV). Após estes eventos, outros setores da sociedade, representados tanto por pessoas físicas, como jurídicas, parecem ter usufruído desta experiência, contemplando um novo caminho para seus tratamentos, sendo que estas reivindicações fundamentaram-se no direito constitucional à saúde, baseados no dever estatal brasileiro de promover assistência à saúde individual, de forma integral, universal e gratuita, de maneira solidária entre os entes federados (Baptista et al., 2009; Ventura et al., 2010; Travassos et al., 2013).

Ainda segundo Ventura et al. (2010), o fenômeno da judicialização da saúde possui vertentes sociais, políticas éticas e sanitárias, expressando a tentativa de garantia e promoção dos direitos pelos cidadãos.

A relevância do assunto e as inúmeras ações que inundaram e ainda inundam o Poder Judiciário, levou o Supremo Tribunal Federal (STF) a realizar uma audiência pública em 2010, destinada a discutir medidas na tentativa de solução ou, pelo menos, diminuição dos conflitos gerados. Como resultado destas discussões, o Conselho Nacional de Justiça publicou a recomendação nº 31/2010, a qual defende a adoção de medidas a fim de subsidiar os magistrados na condução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde (Brasil, 2010). Em 2014, durante a I Jornada de Direito da Saúde, reforçou-se a necessidade de acompanhamento da resolução nº31/2010, através da publicação de diversos enunciados que poderiam reforçar o embasamento técnico da área da saúde junto aos juízes (Brasil, 2014).

Os casos se multiplicam na justiça nas diferentes áreas da saúde. Podemos aqui citar alguns exemplos. Em matéria publicada no site do Ministério Público Federal, se mostra o acolhimento de ação civil pública proposta pelo Ministério Público Federal (MPF) em desfavor do município de Feira de Santana (BA), determinando, por meio de liminar com antecipação de tutela, que a União disponibilizasse tratamento médico-odontológico e cirúrgico para pacientes usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), portadores de disfunção grave da articulação têmporo-mandibular e disfunção crânio maxilo-facial, residentes no município, devendo o tratamento ser completo e multiprofissional nas áreas de periodontia, ortodontia e implantodontia, fisioterapêutico, psicológico e fonoaudiológico (MPF/BA..., 2015).

O Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte, por intermédio da 42ª Promotoria de Justiça da Comarca de Natal moveu ação civil pública com pedido de tutela antecipada solicitando o fornecimento do serviço de atendimento odontológico com anestesia geral a todas as pessoas com deficiência deste Município que necessitassem de tal atendimento (Rio Grande do Norte, 2008).

Termos Jurídicos, você os entende?

2.3 ATOS PROCESSUAIS

Muitas vezes a identificação e a leitura de atos processuais por membros da saúde podem se mostrar complexos e seus termos jurídicos de laborioso entendimento, procuramos neste item exemplificar os atos processuais habitualmente recebidos e permitir uma compreensão básica para que possamos subsidiar tecnicamente o setor jurídico, reconhecendo obviamente nossas limitações e a abrangência da área, para que esta sim promova suas manifestações e defesas de maneira ordinária junto ao Poder Judiciário.

As ações podem ser classificadas de acordo com o pleito no ato do processo em declaratórias, condenatórias e constitutivas, onde os pleitos na área da saúde são caracterizados como condenatórios, os quais o autor busca uma condenação do réu ao cumprimento de uma obrigação. Podem ser assim considerados todos os processos que visam impor ao réu uma ordenação de dar, fazer ou não-fazer (Cintra et al., 2009).

É fato que podemos ser no mesmo momento, ou anteriormente, citados e/ou intimados, através dos procedimentos de Citação e Intimação judicial.

A Citação segundo o artigo 213, do Código de Processo Civil (CPC) brasileiro, é o ato pelo qual se chama a juízo o réu ou o interessado a fim de se defender (Brasil, 1973). Portanto, se trata de um ato do juiz para promover o chamamento do réu em relação ao ato processual. A partir deste momento as partes interessadas e participantes estarão cientes, principalmente o demandado, podendo então promover sua defesa, ou até mesmo o cumprimento da ordem judicial.

Faz-se necessário lembrar que a citação é imprescindível e legalmente necessária para o andamento do ato processual, muitas vezes a saúde é procurada diretamente pelo demandante, sem que a tenha recebido oficialmente, o que deve ser realizado sempre através de oficial de justiça, no caso do réu ser pessoa de direito público, em conformidade com o CPC. O setor responsável pela manifestação técnica deve estar em constante contato e consonância com demais setores e departamentos da instituição para assegurar que alguém possa ter recebido o mandado de citação/intimação*** e não o ter despachado à área técnica da saúde, responsável pelo fornecimento do embasamento técnico e/ou atendimento efetivo do objeto da demanda judicial.

Já a intimação é espécie de ato processual de caráter informativo, dando ciência dos termos do processo, podendo conter ou não obrigação de fazer e direcionada a todos os atores envolvidos (Brasil, 1973).

O requerente pode solicitar antecipação da satisfação de seu pedido, pois, segundo sua perspectiva a demora da solução do ato processual pode ser prejudicial ao seu objetivo inicial, conferindo de certa maneira uma segurança jurídica. Dando opção ao magistrado de antecipar o objeto da ação, para antes do mérito final, concedendo parcialmente ou na sua totalidade, um provimento que só seria possível após finalização do processo, literalmente antecipando os efeitos de uma futura sentença (Zavascki, 1995; Alves, 2000).

O pedido e julgamento do pedido de antecipação de tutela no processo ordinário estabelecido pelo Código de Processo Civil, artigo 273, nos traz os seguintes dizeres:

O juiz poderá, a requerimento da parte, antecipar, total ou parcialmente, os efeitos da tutela pretendida no pedido inicial, desde que, existindo prova inequívoca, se convença da verossimilhança da alegação e:

- I – haja fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação;
 - II – fique caracterizado o abuso de direito de defesa ou o manifesto propósito protelatório do réu.
- § 1º Na decisão que antecipar a tutela, o juiz indicará, de modo claro e preciso, as razões do seu convencimento.

*** Em muitos casos recebe-se os dois procedimentos em conjunto Citação/Intimação, e por vezes já com obrigação de fazer/tutela antecipada.

§ 2o Não se concederá a antecipação da tutela quando houver perigo de irreversibilidade do provimento antecipado.

§ 3o A efetivação da tutela antecipada observará, no que couber e conforme sua natureza, as normas previstas nos arts. 588, 461, §

§ 4o A tutela antecipada poderá ser revogada ou modificada a qualquer tempo, em decisão fundamentada (Brasil, 1973).

Existem certos requisitos para que ocorra a concessão desta antecipação parcial ou total de tutela, presente no *caput* do artigo 273, que são a prova inequívoca e verossimilhança da solicitação efetuada.

Prova inequívoca se refere as alegações relacionadas aos fatos, no que tange as exigências do autor apresentadas na forma de alguma prova constitutiva do seu direito, a qual permita ao magistrado, antes do contraditório, um convencimento que o fato é imprescindível, através de prova robusta e substancial. Já a verossimilhança refere-se às alegações, aos fundamentos de direito ou aos efeitos jurídicos que se pretende extrair dos fatos, dado a veracidade, a realidade dos fatos apresentados e que possa culminar em convencimento por parte do juiz (Zavascki, 1995).

O embasamento geral para a emissão de decisão com antecipação de tutela pelo judiciário está na urgência da solicitação e na prerrogativa de que não ocorra dano irreparável ou de difícil reparação, tendo caráter assecuratório (Zavascki, 1995; Alves, 2000).

Quase sempre são utilizados, nesta questão, termos jurídicos descritos como *fumus boni iuris*, termo em latim que significa literalmente “fumaça do bom direito”, ou seja, a possibilidade dos fatos estarem corretos, que o direito realmente existe e *periculum in mora*, que se traduz como “perigo na demora”, tanto em termos de danos ao solicitante, como no que tange aos seus direitos, tornando portanto, inviável a espera até o final da ação (Zavascki, 1995; Alves, 2000).

De maneira esquemática para embasamento do Poder Judiciário para deferimento da Antecipação de Tutela, podemos verificar (Quadro 1):

Quadro 1. Pressupostos da Antecipação de Tutela

Pressupostos	Verificados	Prova inequívoca Verossimilhança
	Diagnosticados	Receio de dano irreparável ou de difícil reparação Abuso de direito de defesa ou protelação do réu

Fonte: Adaptado de Alves, 2000.

Um detalhe importante é que a liminar com tutela antecipada deferida pelo juiz deve ser executada de imediato, mas pode ser revogada ou alterada a qualquer tempo, dependendo da fundamentação da defesa, demonstrando seu caráter eminentemente provisório (Brasil, 1973).

Nos processos judiciais que procuram proteger a vida de um cidadão é comum encontrarmos o ato processual como mandado de segurança, previsto no artigo 5º, da Constituição Federal, presente nos “Direitos e Garantias Fundamentais”, com os seguintes dizeres:

[...] Conceder-se-á mandado de segurança para proteger direito líquido e certo, não amparado por *habeas corpus* ou *habeas data*, quando o responsável pela ilegalidade ou abuso de poder for autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições do Poder Público (Brasil, 1988).

O mandado de segurança é uma garantia constitucional e instrumento processual com escopo de garantir direitos que sustentam o bem maior, o direito a vida.

Outro caminho procurado pelos pacientes é a ação civil pública, trazida pela Lei 7347/85. A legitimação para propositura é estabelecida no art. 5º, fazendo parte dos possíveis autores o Ministério Público, a Defensoria Pública e Associações, destina-se à tutela de interesses difusos, coletivos e/ou individuais homogêneos (Brasil, 1985). Podendo, mesmo sob questionamento, ser proposta por um único paciente ou um grupo de pessoas ou organização, fundamentado no caput do art. 127 da Constituição Federal, que lhe atribuiu legitimidade na defesa de direitos individuais.

Um novo caminho de acesso?

3. “JUDICIALIZAÇÃO” DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A judicialização da saúde nas políticas públicas de Assistência Farmacêutica tem se tornado um caminho novo no acesso a medicamentos no Brasil, nem sempre contemplando o coletivo e causando dificuldades aos entes federados, principalmente municípios.

A legislação atual preconiza que o município atenda medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, e os demais entes federados o restante dos medicamentos elencados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Todavia, o poder judiciário, baseado primordialmente na constituição, vem ampliando esta distribuição.

Liminares determinam que Estado forneça medicamento de alto custo para pacientes de Balneário Camboriú

Foram deferidas pela Justiça as medidas liminares requeridas pela 6ª Promotoria de Justiça de Balneário Camboriú a fim de que o Estado de Santa Catarina forneça gratuitamente medicamentos para uma paciente portadora de melanoma maligno de pele e para um paciente portador de hepatite C. Os pacientes procuraram o Ministério Público após o Estado negar os medicamentos com o argumento de que estes não são fornecidos pelo SUS. Os remédios têm alto custo e os pacientes não têm condições financeiras para comprá-los (Santa Catarina, 2015).

MPF obtém decisão judicial que garante medicamento a paciente com câncer O fornecimento do remédio deverá ser feito pelo SUS, com responsabilidade solidária entre União, Estado e Município de Uberlândia

O Ministério Público Federal (MPF) obteve decisão judicial que obriga a União, o Estado de Minas Gerais e o Município de Uberlândia, solidariamente, mediante esforços conjuntos, a fornecer ao paciente D.F.C. o medicamento Cladribina (Leustatin), no prazo máximo de 15 dias. O remédio deverá ser fornecido na quantidade prescrita pelo médico que assiste D.F.C. e enquanto durar o tratamento (MPF..., 2015).

Ou ainda, envolvendo inúmeros outros produtos, como por exemplo, medicamentos de grande demanda na atualidade e utilizados no controle da patologia Diabetes Mellitus, os denominados análogos de insulina humana de ação lenta e ultrarrápida, que neste momento, vem sendo demandados em todo Brasil. Fato este, verificado pelas diversas notificações da imprensa e exemplificados aqui em reportagens citando municípios como Natal/RN, Araguaína/TO, Campo Grande/MS, Fortaleza/CE e Mococa/SP:

Falta de insulina leva paciente à Justiça para obrigar Município distribuir medicamentos

O quadro de avisos na unidade especial de dispensação de medicamentos (ProSUS) do Centro Clínico de Saúde Doutor José Carlos Passos, conhecido como Zeca Passos, na Ribeira, já aponta a irregularidade no fornecimento de insumos e medicamentos à população. “Não temos as insulinas Lantus e Novorapid”. Este aviso, segundo os usuários, está lá há mais de dois meses, quando a unidade deixou de distribuir os medicamentos. Os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que dependem do medicamento imprescindível para o tratamento de diabetes, reclamam da inconstância no fornecimento da insulina. Alguns, diante da falta, são obrigados a comprar. Outros decidiram recorrer à Justiça para ter a garantia da distribuição dos medicamentos (Falta..., 2013).

Justiça determina que Município de Araguaína forneça insulina, não ofertada pelo SUS, a diabético

Para o tratamento de saúde do idoso E.C.S., portador de Diabetes Mellitus Tipo II, foi receitado Insulina Lantus, medicamento não fornecido pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Devido ao alto custo, o idoso não pode continuar arcando com as despesas de compra do produto e, por meio da Defensoria Pública, conseguiu na Justiça que o município de Araguaína garanta o fornecimento do medicamento a partir de domingo, 24, e enquanto durar o tratamento (Justiça..., 2013).

Município de Campo Grande deverá fornecer insulina a paciente do SUS

Segundo o relator do processo, Des. Júlio Roberto Siqueira Cardoso, a obrigação não pertence exclusivamente ao Estado de Mato Grosso do Sul, uma vez que já é pacífico o entendimento de que é de responsabilidade das três esferas de governo o Sistema Único de Saúde, por força do disposto no artigo 196 da Constituição Federal, o qual prevê que o Estado, seja no plano federal, estadual ou municipal é obrigado a fornecer a qualquer cidadão os medicamentos necessários que busquem com isso a proteção da vida (Município..., 2010).

Justiça determina que município forneça tratamento de diabetes para paciente

O Município de Fortaleza deverá garantir o fornecimento de insulina e de fitas para monitoramento glicêmico ao comerciante de iniciais A.C.S.C., que sofre de diabetes (Justiça..., 2012)

Pacientes de Mococa só conseguem insulina de alto custo na Justiça

Apenas 32 pessoas obtêm a medicação gratuitamente em Mococa, SP.

Município teve atraso; Estado avalia 2 tipos de insulina individualmente (Pacientes..., 2013).

Uma vez que o setor de Assistência Farmacêutica vem sendo mais intensamente demandado é que realizamos uma abordagem mais aprofundada da área, descrita nos tópicos a seguir.

3.1 O Ciclo de ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA e as realidades nas Esferas Federal, Estadual e Municipal.

No Brasil, o medicamento ainda é considerado um bem de consumo e não um insumo básico de saúde, o que favorece a desarticulação dos serviços farmacêuticos. A organização da Assistência Farmacêutica, fundamentada no enfoque sistêmico, caracteriza-se por ações articuladas e sincronizadas entre as diversas partes que compõem o sistema, que influenciam e são influenciadas umas pelas outras (Marin et al, 2003).

Não há dúvida que planejamento adequado e organização da Assistência Farmacêutica podem influenciar de maneira positiva na diminuição do número de atos processuais impetrados contra o setor, possibilitando equilíbrio financeiro e orçamentário e favorecendo o uso racional de medicamentos.

Basicamente, as gerências ou coordenações das três esferas de governo, relacionadas ao seu componente, têm a responsabilidade de coordenar as atividades relacionadas ao ciclo da Assistência Farmacêutica (Figura 1), que abrange a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, além do acompanhamento, da avaliação e da supervisão das ações.



Figura 1. Ciclo da Assistência Farmacêutica
Fonte: Marin et al., 2003.

Segundo as Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2009a), as etapas do Ciclo de Assistência Farmacêutica podem ser assim definidas:

a) Seleção de Medicamentos

A seleção é um processo de escolha de medicamento eficaz e seguro, imprescindível para dada população, tendo como base as doenças prevalentes, com a finalidade de garantir terapêutica

medicamentosa de qualidade nos diversos níveis de atenção à saúde. Deve estar fundamentada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos como, também, na estrutura dos serviços de Saúde. É um processo dinâmico e participativo, serviço que precisa ser bem articulado e envolver um número representativo de profissionais da Saúde.

b) Programação de Medicamentos

Programar medicamentos consiste em estimar quantidades a serem adquiridas, para atender determinada demanda de serviços, em um período definido de tempo, com influência direta sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento. É necessário dispor de dados consistentes sobre o consumo de medicamentos, o perfil epidemiológico, a oferta e demanda de serviços na área de Saúde, além de recursos humanos capacitados e a disponibilidade financeira para a execução da programação.

c) Aquisição de Medicamentos

Consiste em conjunto de procedimentos para compra dos medicamentos programados, para suprir as unidades de Saúde em quantidade, qualidade e menor custo, visando regularizar o sistema.

d) Armazenamento

Conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem, conservação de medicamento e controle de estoque.

e) Distribuição

Atividade visando suprir de medicamentos às unidades de Saúde, em quantidade, qualidade e tempo, para posterior dispensação à população. A distribuição de medicamento deve garantir: agilidade e segurança na entrega, e eficiência no controle.

f) Dispensação

Através da dispensação, o farmacêutico proporciona um ou mais medicamentos a um paciente, em resposta à apresentação de prescrição de profissional prescritor. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas, as condições de conservação dos medicamentos e a farmacovigilância.

Atenção Farmacêutica

A Atenção Farmacêutica está inserida na Assistência Farmacêutica, sendo definida como a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando a uma farmacoterapia racional e a resultados definidos e mensuráveis. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (Brasil, 2004).

3.2 Assistência Farmacêutica – COMPONENTES E FINANCIAMENTO

Assistência Farmacêutica é definida como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo os medicamentos como insumos essenciais e visando o acesso aos mesmos, assim como de seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (Brasil, 2004). É uma atividade multidisciplinar, onde a produção de conhecimento é considerada estratégica para seu desenvolvimento, bem como o desenvolvimento dos recursos humanos e serviços (Brasil, 2006).

Para assegurar o uso racional de medicamento, o gestor municipal deve realizar o acompanhamento e a avaliação da utilização de medicamentos pelos usuários de sua comunidade. Também é fundamental que se mantenha bem informado e atualizado sobre a área e que promova a difusão de informação sobre o uso de medicamentos, mantendo um processo de educação permanente voltado tanto para os profissionais de saúde, quanto para os pacientes e toda a comunidade (Brasil, 2004).

O financiamento da assistência farmacêutica é definido pela Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007 que estabelece um bloco de financiamento específico para Assistência Farmacêutica, onde os recursos federais são repassados na forma de blocos de financiamento fundo a fundo, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos dos demais entes federados (Brasil, 2007a).

O bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes: básico, estratégico e especializado. Cada Componente da Assistência Farmacêutica apresenta características próprias em termos de execução, financiamento e responsabilidade dos entes federados e são definidos em atos normativos específicos e pactuados de forma tripartite.

- Bloco de Atenção Básica
 - Bloco de Atenção de MAC
 - Bloco da Vigilância em Saúde
 - **Bloco da Assistência Farmacêutica**
 - Bloco de Gestão
 - Bloco de Investimento – Portaria MS nº 837/2009 (Brasil, 2009b).
- Principais bases legais da Assistência Farmacêutica:
- Lei nº 8.080/90 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (Brasil, 1990a).
 - Lei nº 8.142/90 – 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 (Brasil, 1990b).
 - Portaria GM nº 3.916/98 – Aprova a Política Nacional de Medicamentos (Brasil, 1998).
 - Resolução nº 338/04 do Conselho Nacional de Saúde – Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Brasil, 2004).
 - Portaria MS nº 204/07 – 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 (Brasil, 2007a).
 - Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011 – Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 2011a).
 - Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 – Regulamenta a Lei nº 8.080/90 (Brasil, 2011b)

- Portaria MS nº 1.554/13 – Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do componente especializado da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2013a).
- Portaria MS nº 1.555/13 – Dispõe sobre as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Brasil, 2013b).

Componente da Assistência Farmacêutica Básica

Neste componente estão os medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Primária em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados deste nível de atenção. Este componente está regulamentado pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 1.555/13, descrevendo inclusive as obrigações de aporte financeiro mínimo, sendo de responsabilidade das três esferas de gestão e devendo ser aplicados os valores mínimos de R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos) por habitante/ano pela União, repassados em parcelas mensais correspondendo a 1/12 (um doze avos), de maneira direta fundo a fundo, R\$ 1,86 (um real e oitenta e seis centavos) por habitante/ano pelos estados e Distrito Federal e também R\$ 1,86 (um real e oitenta e seis centavos) por habitante/ano pelos municípios, onde no caso de estados e municípios, R\$ 0,50 (cinquenta centavos) são destinados a aquisição de insumos para controle do diabetes (Brasil, 2013b).

Componente da Assistência Farmacêutica Estratégica

O Ministério da Saúde considera como estratégicos os medicamentos utilizados para o tratamento de agravos específicos, agudos ou crônicos, contemplados em programas com protocolos e normas estabelecidas. Muitas doenças relacionadas à utilização desses medicamentos são agravos de perfil endêmico, que se configuram como problemas de saúde pública e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores. São disponibilizados medicamentos para tratamento das patologias específicas, como tuberculose, hanseníase, malária, doença de Chagas, cólera, esquistossomose, leishmaniose, filariose, influenza, meningite, oncocercose, peste e tracoma. Também fazem parte do componente dos medicamentos estratégicos os antirretrovirais do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), os hemoderivados, a talidomida para tratamento do lúpus eritematoso sistêmico e da doença enxerto versus hospedeiro e os imunobiológicos (soros e vacinas). Os medicamentos e insumos destinados aos Programas de Combate ao Tabagismo e Alimentação e Nutrição também passaram a integrar este grupo de medicamentos, com aquisição centralizada no Ministério da Saúde (Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo – CRF SP, 2013).

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: este componente aprimora e substitui os Componentes Medicamentos de Dispensação Excepcional, e tem como principal característica a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, de agravos cujas abordagens terapêuticas estão estabelecidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde. Estes PCDT estabelecem quais são os medicamentos disponibilizados para o tratamento das patologias contempladas e a instância gestora responsável pelo seu financiamento, regulamentada pela Portaria MS nº 1.554/13 (Brasil, 2013a; CRF SP, 2013).

4. O DIA A DIA NA PRÁTICA DE RESPOSTA TÉCNICA PARA SUBSÍDIO AO SETOR JURÍDICO

Como dito anteriormente a área da saúde mais demandada judicialmente é o setor da Assistência Farmacêutica, através de requerimentos que normalmente solicitam produtos e insumos farmacêuticos, principalmente medicamentos. Esta demanda crescente implica que o setor deve estar em constante atenção a legislação e aos termos mais comumente utilizados, com o intuito de melhor poder auxiliar o setor jurídico.

Uma das questões que mais afligem os gestores se refere à questões orçamentárias e financeiras, e nesta situação o estado estaria condicionado à disponibilidade de recursos, ou seja, os direitos sociais a serem cumpridos estariam sujeitos ao que se costuma chamar de “reserva do possível”, reportando-se no sentido daquilo que o indivíduo pode esperar por parte do Estado, uma vez os direitos sociais possuem como objeto realização e prestações estatais com dimensões econômicas (Sarlet e Figueiredo, 2008; Keinert et al., 2009).

No entanto, o Poder Judiciário brasileiro entende que não se pode utilizar a “reserva do possível”, pois esta não se aplicaria a luz da Constituição nacional e que não poderia ser invocada quando se tratar de casos envolvendo preservação da vida, portanto quase nunca se utiliza diretamente esta questão, pelo menos em embasamentos técnicos elaborados por profissionais da saúde.

Além disto, se alega a jurisprudência neste tópico, como por exemplo, sentença proferida pelo Supremo Tribunal Federal, de autoria do Ministro Celso de Mello:

Entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado a todos pela própria Constituição da República (art. 5º, “*caput*”, e art. 196), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo – uma vez configurado esse dilema – que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à saúde humanas (Brasil, 1997).

Ou como no Acórdão final de Mandado de Segurança para fornecimento de medicamentos****, emitido por desembargador do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo:

“...não há de se falar em limitação orçamentária decorrente do elevado valor do medicamento, muito menos em isenção de fornecimento em função do não recebimento de repasses, mormente ante as dificuldades financeiras que assolam todos os entes públicos.”

Mas, por conseguinte os municípios não devem se preocupar com recursos orçamentários e financeiros? Pressuposto que sim, mas o que se utiliza como estratégia de defesa são as responsabilidades de cada ente federado em relação à Assistência Farmacêutica, fundamentalmente baseadas nas portarias ministeriais de número 1.554 e 1.555 ambas de 2013 (Brasil, 2013a, 2013b). Reforçando a obrigação do âmbito municipal na aquisição de medicamentos destinados a Atenção Primária em Saúde, obedecendo principalmente a RENAME e detalhes importantes trazidos pela portaria nº 1.554/13, onde no seu artigo 3º, trás a seguinte descrição:

Grupo 1 – Medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo **Ministério da Saúde**.

Grupo 2 – Medicamentos sob responsabilidade das **Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal** pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e

**** Ato processual nº 0000730-44.2006.8.26.408 – Comarca de Ourinhos-SP <http://esaj.tjsp.jus.br/cpo/pg/search.do?conversationId=&paginaConsulta=1&localPesquisa.cdLocal=408&cbPesquisa=NUMPROC&tipoNuProcesso=UNIFICADO&numeroDigitoAnoUnificado=0000730-44.2006&foroNumeroUnificado=0408&dePesquisaNuUnificado=0000730-44.2006.8.26.0408&dePesquisaNuAntigo>

dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Grupo 3 – medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos **Municípios**.

Frisando no seu artigo 4º que os grupos foram constituídos considerando os seguintes critérios gerais:

- I – complexidade do tratamento da doença;
- II – garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado; e
- III – manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS.

A portaria nº 1.554/13 ainda descreve:

Art. 5º. O **Grupo 1** é definido de acordo com os seguintes critérios específicos:

- I – maior complexidade do tratamento da doença;
- II – refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento;
- III – medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e
- IV – medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.

Art. 6º. O **Grupo 2** é definido de acordo com os seguintes critérios específicos:

- I – menor complexidade do tratamento da doença em relação ao Grupo 1; e
- II – refratariedade ou intolerância a primeira linha de tratamento.

Art. 7º. O **Grupo 3** é definido de acordo com os medicamentos constantes no Componente Básico da Assistência Farmacêutica e indicados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados na versão final pelo Ministério da Saúde como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Fica claro nos artigos 5º, 6º e 7º que:

- Cada esfera de governo tem suas competências;
- A responsabilidade sobre cada medicamento é definida pela complexidade e impacto financeiro do mesmo em cada esfera de governo;
- Que cada esfera de governo cuida de uma linha de cuidado;
- Que União e Estados são responsáveis pela segunda linha de cuidado ou tratamentos refratários a primeira e a segunda;
- Que o município deve disponibilizar medicamentos para primeira linha de cuidado (medicamentos básicos) e constantes na RENAME.

O Poder Judiciário, baseado na Constituição, na legislação do SUS e na jurisprudência, considera que os entes são solidários entre si, e portanto, justifica que os mesmos devem ser acionados em conjunto, aparentemente não considerando quem deva arcar com a disponibilização final da terapêutica. No entanto, este posicionamento pode gerar incongruências e distorções hierárquicas e econômicas para os municípios, por isso os mesmos devem insistir em suas manifestações a fim de garantir o mínimo de explicação aos magistrados, através da apresentação técnica, baseadas também na mesma legislação sanitária.

A Lei nº 8.080/90 relata no seu artigo 8º:

Art. 8º – As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde-SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de **forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente** (Brasil, 1990a, grifo nosso).

De acordo com o Decreto do Ministério da Saúde (MS) nº 7. 508/11, o qual regulamenta a Lei nº8.080/90, em seu Capítulo IV, Da Assistência à Saúde, Seção II, artigo 28º, descreve:

O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

- I – estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
- II – ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
- III – estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e
- IV – ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS (Brasil, 2011b).

Atualmente no Estado de São Paulo também se utiliza solicitações administrativas (pedidos administrativos) junto ao Governo Estadual, estabelecidos pela Resolução nº 54/2012 da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES). As respostas são enviadas diretamente ao endereço do requerente, sendo emitidos documentos pela Secretaria de Estado da Saúde (SES), através da Coordenação de Demandas Estratégicas do SUS (CODES), onde constam o deferimento ou indeferimento da solicitação (São Paulo, 2012).

Quando do indeferimento, trata-se de um documento de negativa, quase sempre solicitado pelo Poder Judiciário e, portanto, fundamental no embasamento da resposta para subsidiar o setor jurídico municipal, quanto as responsabilidades hierárquicas.

Alguns destes argumentos surtiram efeitos em duas ações^{*****} direcionadas conjuntamente em desfavor da Secretaria Estadual da Saúde e município, onde o magistrado em sua sentença de antecipação de tutela desferiu: “Tendo em vista que a recusa foi da Secretaria do Estado, apesar de solidária a obrigação entre as requeridas, determino neste momento processual que a obrigação recaia em face da Fazenda Pública Estadual” (<http://www.tjsp.jus.br/egov/processos/consulta/default.aspx>).

Em outro caso, o Poder Judiciário promoveu o chamamento da esfera estadual, uma vez que a negativa, presente nos autos, era da Secretaria Estadual da Saúde. É fato que a decisão final ainda não foi decretada, mas, com certeza, é um sinal de que o Poder Judiciário analisou sobre outra perspectiva, em relação aos polos passivos do ato processual.

Outro aspecto que deve ser abordado na defesa é a questão da prescrição do profissional responsável, já que na maioria dos casos esta prescrição será o balizamento principal, em conjunto com o relatório do caso, quando existir.

Durante manifestação técnica do ato processual, se deve analisar a origem da prescrição, se a mesma é oriunda da rede pública ou privada de saúde, e se sua normatização e exigências legais estão sendo cumpridas.

O Decreto nº 7.508/11, citado anteriormente, prevê algumas particularidades quando a necessidade de ser originalmente advinda do Sistema Único de Saúde e apesar desta questão ser controversa, o Poder Judiciário pode considerar positivamente este aspecto, principalmente no que tange a medicamentos de oncologia, onde existe um protocolo terapêutico específico em centros de tratamentos públicos de referência nacional, e com excelente qualidade técnica, que são os Centros de Alta Complexidade em Oncologia, denominados CACON (Brasil, 2007b, 2011b).

O Poder Judiciário crê que não há dúvida do dever estatal em fornecer a terapêutica, mas o mesmo pode em alguns casos, considerar que o Estado não é obrigado a fornecer exatamente o medicamento prescrito, quando outro for semelhante, favorecendo ou estimulando a análise de substituição e/ou a disponibilização de medicamentos similares e/ou genéricos.

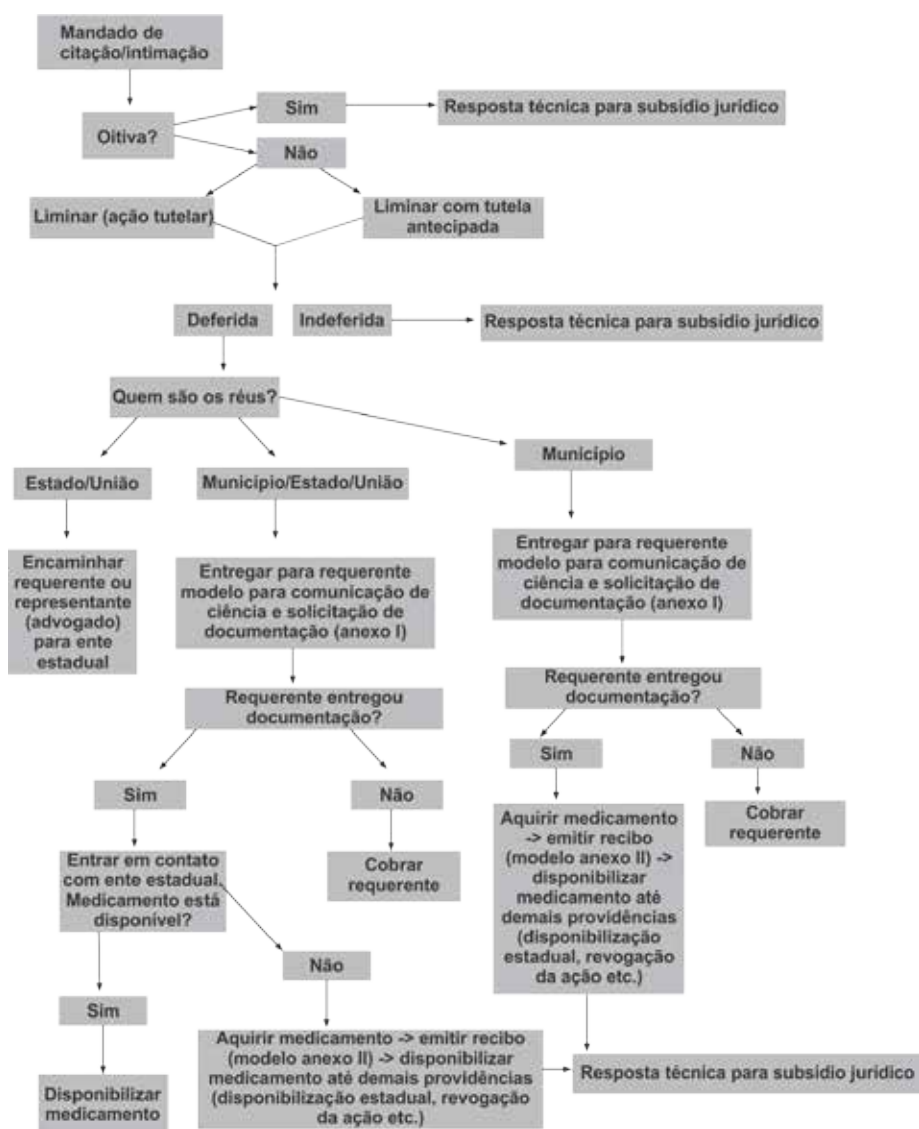
***** Atos processuais nº 1005175-10.2014.8.26.408 e 1005630-72.2014.8.26.408 – Comarca de Ourinhos-SP.

<http://www.tjsp.jus.br/egov/processos/consulta/default.aspx>

Um fato complicador se dá quando a prescrição for proveniente do setor público de saúde (SUS), por vezes e não raramente o magistrado se manifesta apontando que não há o que fazer em torno da possibilidade de substituição, uma vez que a prescrição partiu do próprio profissional prescritor da rede pública de saúde. Mesmo assim, em alguns casos existe a possibilidade de solicitação de perícia por parte do Poder Judiciário.

Não se discute o direito à saúde, mas obediência ao mínimo de organização, sob pena de enfraquecermos o Sistema Único de Saúde (SUS) e se esbarrar na possibilidade de prejudicar um dos princípios do SUS, a equidade.

5. Constituição Cidadã Demanda judicial, o que fazer?



Não tão perto de todas as respostas, mas juntos no caminho

O poder judiciário pode estar interferindo onde políticas públicas de saúde não estão sendo eficientes, fazendo com que se sobressaia problemas administrativos. Esta situação pode ter algum aspecto positivo, já que existe a possibilidade de ocorrer maior movimento do estado no desenvolvimento de programas e até mesmo incorporação de novas tecnologias. Mas, fica a questão, se faz justo pelo princípio da razoabilidade, que a esfera municipal arque com a disponibilização de recursos destinados a obediência de liminares judiciais?

Muitas vezes isso pode ser aventado, principalmente em se tratando de medicamentos inexistentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), medicamentos sem registro no país, medicamentos ou procedimentos de competência de outras esferas de governo ou sem levar em consideração as terapêuticas disponibilizadas nos sistemas de saúde.

Consideramos neste atual cenário algumas questões primordiais, a amplitude do arsenal terapêutico a ser disponibilizado pelos entes públicos e consequentemente agilidade nos estudos de incorporação tecnológica, atenção especial as diretrizes terapêuticas e padronizações dos serviços públicos de saúde pelos prescritores, até mesmo sob o ponto de vista ético; e ponderação por parte dos magistrados quanto às considerações e enunciados do Conselho Nacional de Justiça e no que tange as questões hierárquicas que norteiam o Sistema Público de Saúde brasileiro. Apesar de sermos conhecedores da solidariedade entre os entes federados, devemos considerar as diferentes responsabilidades nos distintos níveis de atenção em saúde.

Longe de termos a totalidade das respostas para o tema da judicialização e todos os aspectos que a permeiam, esperamos que a ampliação das discussões, baseadas na diversidade das experiências possam trazer maior equilíbrio entre as demandas judiciais e a gestão pública em saúde, permitindo a todos os entes federados, mas principalmente a esfera municipal, equacionar e equilibrar seu financiamento público em saúde, uma vez que a grande maioria dos municípios vem investindo muito além dos 15% de recursos próprios exigidos pela legislação atual.

6. EXPERIÊNCIAS EXITOSAS

Disponibilização de informações sobre judicialização na esfera municipal

Ourinhos, considerado um município de médio porte, localizado no centro-oeste do Estado de São Paulo com 103.035 habitantes, também apresenta demandas emitidas pelo poder judiciário. A reflexão sobre estas demandas judiciais por medicamentos no SUS, através da verificação quantitativa destas ações em um município de médio porte, seu impacto orçamentário e a disponibilização de medicamentos na Assistência Farmacêutica, foi realizada, buscando disponibilizar informações na esfera municipal.

Foi realizado um estudo transversal⁴, analítico descritivo, retrospectivo, desenvolvido no município de Ourinhos-SP, entre 2005 e 2012. Sendo analisada Leis Orçamentárias do município e informações coletadas nos arquivos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), obtendo-se nomes genéricos, quantitativos atendidos, valores financeiros em moeda nacional e análise ano a ano das padronizações dos medicamentos dispensados. A classificação dos medicamentos foi realizada utilizando-se o Sistema Anatómico Terapêutico Químico da Organização Mundial da Saúde, sendo elencados todos os princípios ativos (PA) de cada ação judicial, e considerado para efeito deste estudo somente o PA e não as suas diferentes dosagens e apresentações. Foram incluídas todas as dispensações de medicamentos destinadas

ao cumprimento de ações judiciais, as quais o município foi oficialmente intimado, tanto exclusivas contra o município, quanto as em conjunto com Governo do Estado de São Paulo. Foram excluídas ações judiciais que contemplavam insumos farmacêuticos ou de caráter nutricional, tais como tiras reagentes para medição de glicemia capilar e nutrição enteral.

O número de ações judiciais destinadas ao fornecimento de medicamentos manteve-se estável nos últimos sete anos do período estudado, apresentando uma média de 10,4 ações ativas/ano, alcançando o máximo de 15 ações judiciais em 2010 e 2012, com média de 3,6 casos novos por ano (Figura 3).

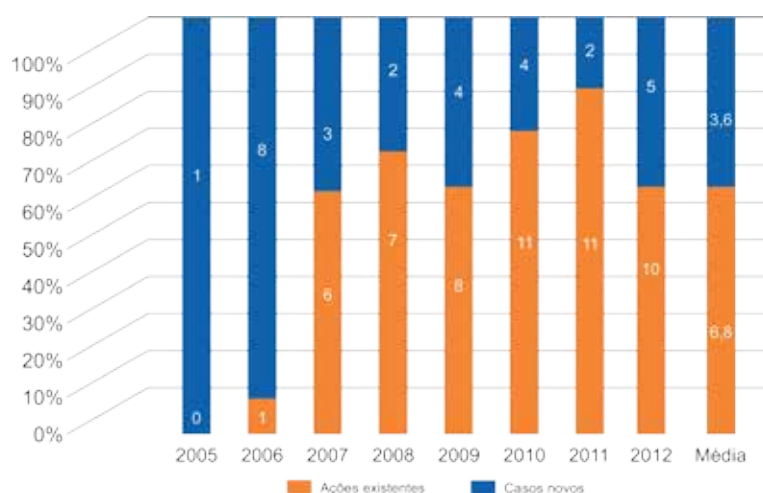


Figura 3. Número de ações judiciais ativas e casos novos para medicamentos, demandadas contra o município de Ourinhos/SP, junto à Secretaria Municipal de Saúde, entre 2.005 e 2.012.

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Ourinhos/SP

Após análise de todos os medicamentos dispensados entre 2005 e 2012, através das demandas judiciais contra o Município de Ourinhos/SP, observamos um investimento crescente de R\$ 893,38 à R\$ 25.219,22 em 2012 (Figura 4). Média de 13,8 medicamentos dispensados, não padronizados pelo Município, Estado ou União, correspondendo a 62,8% e 8,1 de medicamentos padronizados correspondendo a 37,2% da média total de medicamentos dispensados (Figura 5).

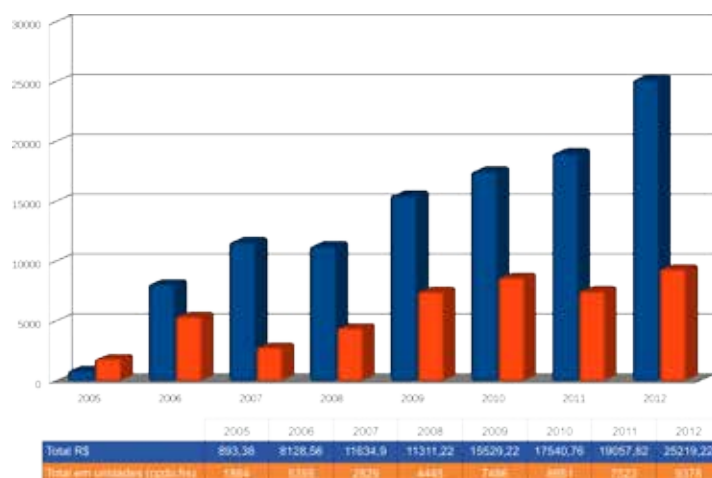


Figura 4. Gastos com Medicamentos em moeda nacional e quantidade unitária de medicamentos*, distribuídos através de ações judiciais no município de Ourinhos junto a Secretaria Municipal de Saúde, entre 2005 e 2012.

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Ourinhos/SP.

*Por forma farmacêutica unitária (comprimido, cápsula, etc) ou apresentação/embalagem (tubo, vidro, frasco, ampola).

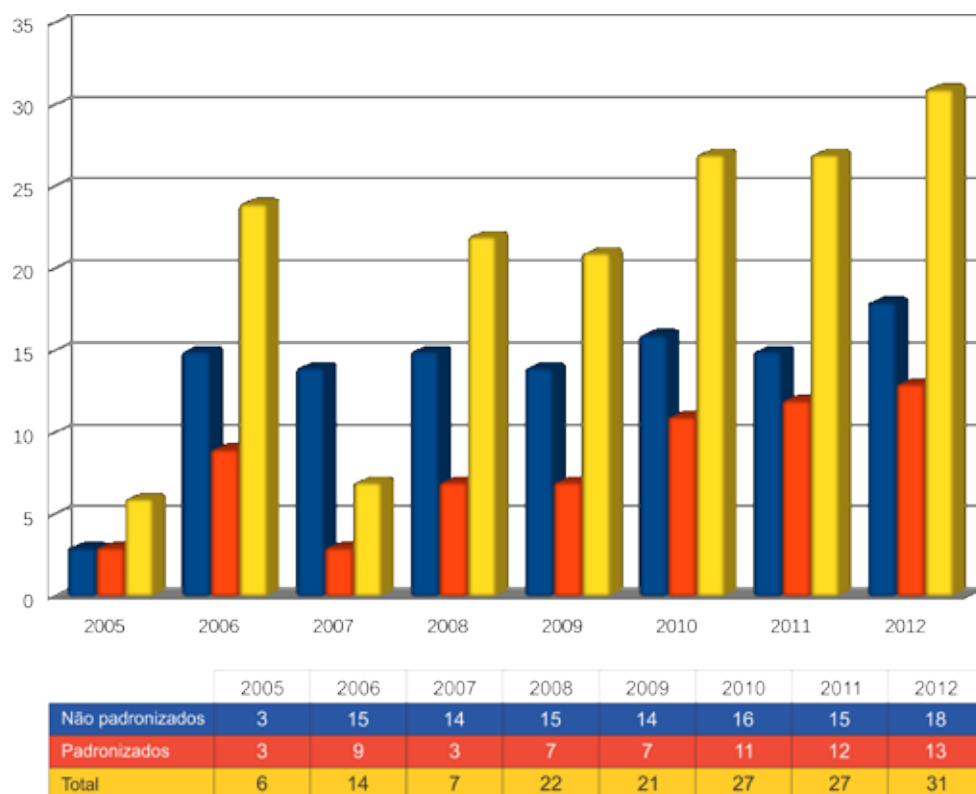


Figura 5. Número de medicamentos padronizados e não padronizados pela Saúde Pública, dispensados por ações judiciais no município de Ourinhos/SP, entre 2005 e 2012.

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Ourinhos/SP.

Nas 27 ações judiciais de medicamentos impetradas contra o município, no período referente ao estudo, foram encontrados 57 princípios ativos diferentes, correspondendo a dez classes anatômico terapêuticas, segundo a classificação da OMS. Medicamentos utilizados para o sistema nervoso central, cardiovascular, aparelho digestório e metabolismo correspondem a mais de 70% (73,7%) dos tipos de medicamentos. Os gastos com ações judiciais representam média de 0,008% do orçamento da Prefeitura Municipal de Ourinhos e 0,0323% da SMS. Observamos um discreto aumento nos valores e na porcentagem dos gastos com ações judiciais em relação ao orçamento da Assistência Farmacêutica, nos anos onde foi possível obter esta informação, ou seja, de 2010 a 2012, aumentando a porcentagem dos gastos em relação ao orçamento da Assistência Farmacêutica de 1,6% em 2010, para 2,2% em 2012.

Apesar do impacto orçamentário no município estudado ainda não ser significativo em termos de recursos financeiros, se observa um crescimento percentual em relação aos gastos financeiros e orçamentários com ações judiciais. O surgimento constante de ações judiciais junto aos municípios, trás inquietude quanto às responsabilidades de cada esfera de governo, no que se refere ao repasse de recursos ou disponibilização medicamentosa, uma vez que a legislação atual preconiza que o município atenda os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica elencados na RENAME e isso os mesmos vem executando. Novos levantamentos e reflexões devem ser realizados na perspectiva de poder trazer mais dados sobre demandas judiciais por medicamentos na esfera pública da saúde municipal, através da verificação quantitativa destas ações, seu impacto orçamentário e disponibilização de medicamentos pela Assistência Farmacêutica, para que possamos melhor entender este fenômeno e realizar planejamento adequado.

7. REFERÊNCIAS

- Alves EC. Tutelas de urgência nos tribunais. *Rev Síntese Direito Civ Proc Civ*. 2000; 1(4): 11-9.
- Backman G, Hunt P, Khosla R, Jaramillo-Strouss C, Fikre BM, Rumble C, et al. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *Lancet*. 2008; 372(9655): 2047-85.
- Borges DCL, Ugá MAD. As ações individuais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: características dos conflitos e limites para a atuação judicial. *Rev Direito Sanit*. 2009; 10(1): 13-38.
- Baptista TWF, Machado CV, Lima LD. Responsabilidade do estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos poderes. *Ciê Saúde Colet*. 2009; 14(3): 829-39.
- Brasil. Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973 [acesso 2015 jun 27]. Institui o Código de Processo Civil. *Diário Oficial da União*. 1973 jan 17. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5869.htm.
- Brasil. Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985 [acesso 2015 jun 27]. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico (VETADO) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1985 set 25. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/LEIS/L7347orig.htm.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988 [acesso 2015 jul 02]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 1990a set 20.
- Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro 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 União*. 1990b dez 28.
- Brasil. Supremo Tribunal Federal. Petição 1246/SC. Min. Celso de Mello. Data de julgamento: 1997 jan 31. Data de publicação: DJ 1997 fev 02.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3. 916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a política nacional de medicamentos. *Diário Oficial União*. 1998 nov 10. Seção 1, n. 215-E, p.18.
- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a política nacional de assistência farmacêutica. *Diário Oficial da União*. 2004 maio 20.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007 [acesso 2015 jun 25]. 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*. 2007a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Onde se tratar com câncer no SUS. Elaborado em 2007b nov [acesso 2015 jul 03]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/133cancer_sus.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 837, de 23 de abril de 2009 [acesso 2015 jul 03]. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o bloco de in-

- vestimentos na rede de serviços de saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. 2009b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html
- Brasil. Supremo Tribunal Federal. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010. Recomenda aos tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde [acesso 2015 jul 02]. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/atos_normativos/recomendacao/recomendacao_31_30032010_22102012173049.pdf
- Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. 2011a abr 29; Seção 1.
- Brasil. Decreto nº 7.508, 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 União. 2011b jun 29.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência farmacêutica no SUS. Brasília: CONASS; 2011c.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do componente especializado da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2013a jul 31; Seção 1, p.69-71.
- Brasil b. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e execução do componente básico da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2013b jul 31.
- Brasil. Supremo Tribunal Federal. Conselho Nacional de Justiça. Enunciados aprovados na I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça; 2014 maio 14-16; São Paulo [acesso 2015 jul 02]. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_%20PLENARIA_15_5_14_r.pdf
- Carvalho ER. Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem. Rev Sociol Polít. 2004; (23): 127-39.
- Chieffi AL, Barata RCB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. Cad Saúde Pública. 2009; 25(8): 1839-49.
- Cintra ACA, Grinover AP, Dinamarco CR. Teoria geral do processo. 25. Ed. São Paulo: Malheiros; 2009.
- Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Comissões Assessoras de Saúde Pública do CRF-SP. Assistência farmacêutica Municipal – Diretrizes para estruturação e processos de organização. 2. ed. São Paulo: CRF-SP; 2013. Comissões Assessoras de Saúde Pública do CRF-SP
- Falta de insulina leva paciente à Justiça para obrigar Município distribuir medicamentos. Jornal de Hoje [internet] 2013 ago 20 [acesso 2015 jul 03]. Disponível em: <http://jornaldehoje.com.br/falta-de-insulina-leva-paciente-a-justica-para-obrigar-municipio-distribuir-medicamentos/>
- Justiça determina que município de Araguaína forneça insulina, não ofertada pelo SUS, a diabético. AF Notícias [internet] 2013 nov 22 [acesso 2015 jul 03]. Disponível em: <http://www.afnoticias.com.br/noticia-3713-justica-determina-que-municipio-de-araguaina-fornece-insulina-nao-ofertada-pe-lo-sus-a-diabetico.html>
- Justiça determina que município forneça tratamento de diabetes para paciente: a Secretária de Saúde do Município não fornecia o tratamento por falta de medicamentos. Publicado em: 2012 dez 19 [acesso 2015 jul 03]. Disponível em: http://cnews.com.br/cnews/noticias/25864/justica_determina_que_municipio_fornece_tratamento_de_diabetes_para_paciente
- Keinert TMM, Paula SHB, Bonfim JRA, organizadores. As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009. 233p.

- Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S, organizadores. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.
- MPF/BA: Justiça determina tratamento médico-odontológico a pacientes do SUS [acesso 2015 jul 03]. Disponível em: <http://mpf.jusbrasil.com.br/noticias/19036/mpf-ba-justica-determina-tratamento-medico-odontologico-a-pacientes-do-sus>
- MPF obtém decisão judicial que garante medicamento a paciente com câncer O fornecimento do remédio deverá ser feito pelo SUS, com responsabilidade solidária entre União, Estado e Município de Uberlândia [acesso 2015 jul 03]. Disponível em: <http://pr-mg.jusbrasil.com.br/noticias/162645020/mpf-obtem-decisao-judicial-que-garante-medicamento-a-paciente-com-cancer-o-fornecimento-do-remedio-devera-ser-feito-pelo-sus-com-responsabilidade-solidaria-entre-uniao-estado-e-municipio-de-uberlandia>
- Município de Campo Grande deverá fornecer insulina a paciente do SUS. Publicado em: 2010 set 09 [acesso 2015 jul 03]. Disponível em: <http://www.denuncio.com.br/noticias/municipio-de-campo-grande-devera-fornecer-insulina-a-paciente-do-sus/5212/>
- Pacientes de Mococa só conseguem insulina de alto custo na Justiça. Publicado em: 2013 out 09 [acesso 2015 jul 03]. Disponível em: <http://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2013/10/pacientes-so-conseguem-insulina-apos-acoas-na-justica-em-mococa.html>
- Rio Grande do Norte. Ministério Público. Ação civil pública – tratamento odontológico com anestesia, 2008 [acesso 2015 jul 03]. Disponível em: <http://www.mprn.mp.br/portal/inicio/pessoa-com-deficiencia/pessoa-com-deficiencia-material-de-apoio/2027-acao-civil-publica-tratamento-odontologico-com-anestesia-geral?path=>
- Santa Catarina. Ministério Público. Liminares determinam que Estado forneça medicamento de alto custo para pacientes de Balneário Camboriú. Publicado em: 2015 jan 09 [acesso 2015 jul 03]. Disponível em: <http://promotoriasdebalneariocamboriu.blogspot.com.br/2015/01/liminares-determinam-que-estado-forneca.html>
- São Paulo (Estado). Resolução SS-54, de 11 de maio de 2012. Aprova, no âmbito da pasta, estrutura e funcionamento da Comissão de Farmacologia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, Poder Executivo. 2012 maio 12. Seção 1, p.37.
- Sarlet IW, Figueiredo MF. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. Revista de Doutrina da 4ª Região [internet]. 2008; [acesso 2015 jul 03] (24): 1-40. Disponível em: http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo_mariana.html
- Tate CN, Vallinder T, editores. The global expansion of judicial power: the judicialization of politics. New York: New York University; 1995.
- Travassos DV, Ferreira RC, Vargas AMD, Moura RNV, Conceição EMA, Marques DF, et al. Judicialização da saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. Ciên Saúde Colet. 2013; 18(11): 3419-29.
- Ventura M, Simas L, Pepe VLE, Schramm FR. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. Physis. 2010; 20(11): 77-100.
- Vianna LW, Burgos MB, Salles PM. Dezessete anos de judicialização da política. Tempo Social. 2007; 19(2): 39-85.
- Zavascki TA. Antecipação da tutela e colisão de direitos fundamentais. Rev Trib Reg Fed 1ª Reg [internet]. 1995; [acesso 2015 jul 02] 7(3): 15-32. Disponível em: <http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/15394-15395-1-PB.pdf>

CAPÍTULO 22 – GEOPROCESSAMENTO COMO FERRAMENTA PARA PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Emílio Prado da Fonseca

Dentista, Especialista em Gestão Pública de Serviços de Saúde, Mestre em Odontologia e Doutorando do PPG em Odontologia da FOP UNICAMP.

Marcelo de Castro Meneghim

Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP, Mestre e Doutor em Odontologia Social pela FOA UNESP.

Antonio Carlos Pereira

Mestre e Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP; Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP.

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos

Esse capítulo tem o propósito de recuperar o espaço como uma categoria imprescindível de análise de situações de saúde, contribuindo para o planejamento e entendimento do quadro sanitário atual e suas tendências, através da construção de novas abordagens voltadas para as práticas de Gestão em Saúde, como identificação de áreas críticas, distribuição dos pontos de atenção em saúde, priorização das ações e dos recursos humanos e financeiros. Em última instância, subsidiar a tomada de decisão dos gestores para a melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde, utilizando instrumentos de geoprocessamento e análise espacial.

Conteúdo Programático

- Espaço Geográfico
- Geoprocessamento: Aplicações em saúde
- Análise espacial em saúde
- Sistema de Informação em Saúde (SIG)
- Análise espacial em odontologia
- Construção dos mapas

- Banco de dados não gráficos e gráficos
- Formas de construção e análise por mapas
- Componentes dos mapas
- Estatística espacial
- Considerações finais

Leitura Obrigatória

- 1) Moreira RS, Nico LS, Tomita NE. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(1): 275-84.
- 2) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Abordagens espaciais na saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. v.1, 136p.
- 3) Pina MF, Santos SM. Conceitos básicos de sistema de informação geográfica e cartografia aplicada à saúde. Brasília: OPAS; 2000. 122p.
- 4) Carvalho MS, Santos RS. Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2): 361-78.

Leitura complementar

- 1) Borrel LN, Northridge ME, Miller DB, Golembeski CA, Spielman SE, Sclar ED, et al. Oral health and health care for older adults: a spatial approach for addressing disparities and planning services. *Spec Care Dent*. 2006; 26(6): 252-6.
- 2) Müller EPL, Cubas MR, Bastos LC. Georreferenciamento como instrumento de gestão em unidade da saúde da família. *Ver Bras Enferm*. 2010; 63(6): 978-82.
- 3) Brasil. Ministério da Saúde. Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Sistema de informação geográfica e a gestão da saúde no município. Brasília: Ministério da Saúde; [2000?]. 25p.
- 4) Skaba DA, Carvalho MS, Barcellos C, Martins PC, Terron SL. Geoprocessamento dos dados da saúde: o tratamento dos endereços. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(6): 1753-6.
- 5) Barcellos C, Ramalho WM, Gracie R, Magalhães MAFM, Fontes MP, Skaba D. Georreferenciamento de dados de saúde na escala submunicipal: algumas experiências no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008; 17(1): 59-70.

Atividades recomendadas:

- 1) Os mapas são ferramentas que auxiliam o planejamento em saúde para a tomada de decisão. Faça uma discussão crítica.
- 2) A partir de um mapa de seu município identifique a localização e distribuição dos pontos de atenção em saúde (unidades básicas de saúde, ESF, unidades especializadas e hospitais). Faça uma análise da cobertura dos pontos de atenção.

1. Conceitos Iniciais: Espaço Geográfico

O espaço geográfico é visto atualmente como um conjunto de elementos sociais, econômicos, culturais e ambientais interrelacionados de forma dinâmica (Miranda et al., 2002). A forma como o 'espaço geográfico humanizado' é ocupado e utilizado estabelece fluxos de circulação de bens e serviços, com reflexos para a saúde dos grupos sociais (Chiesa et al., 2002; Miranda et al., 2002). Assim, é possível compreender a distribuição das iniquidades em saúde, ou seja, uma diferença na posição geográfica representa também uma diferença na posição social (Moreira et al., 2007). Para o planejamento e gestão em saúde é necessário o entendimento da construção, ocupação do espaço geográfico e as consequências para a saúde da população inserida em um determinado território (Barcellos et al., 2008).

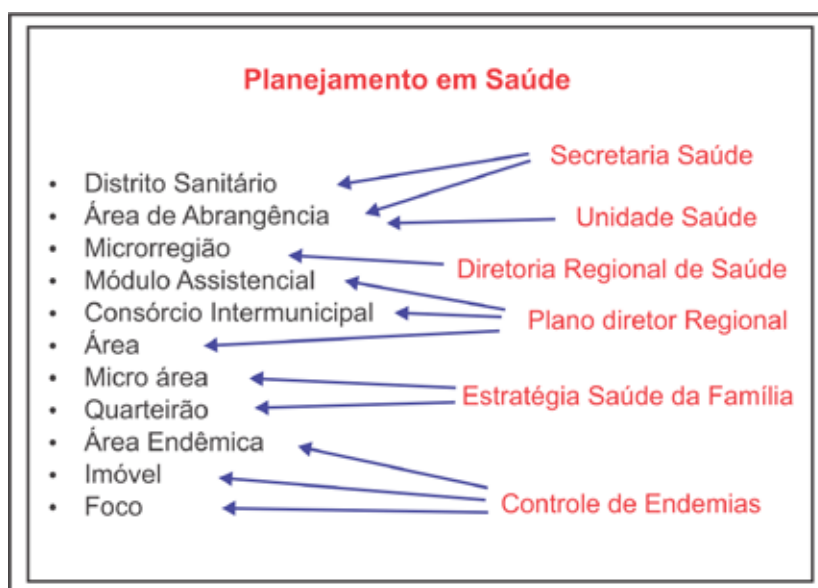


Figura 1: Usos do território no planejamento em saúde.
Fonte:Barcellos et al., 2008.

Neste sentido, pessoas residentes em um determinado espaço geográfico (vizinhos mais próximos) tendem a reproduzir comportamentos semelhantes se comparados com outro espaço geográfico dos vizinhos mais distantes (Barcellos e Bastos, 1996; Chiesa et al., 2002). Este é um princípio básico norteador do geoprocessamento e análise espacial como instrumento para o planejamento de ações em saúde (Barcellos e Bastos, 1996).

2. Geoprocessamento: Aplicações em saúde

É uma tecnologia com aplicações nas áreas de planejamento urbano, logística, agricultura e geografia de mercado. Na área da saúde o geoprocessamento oferece grandes possibilidades para a pesquisa,

gerenciamento do sistema de saúde, planejamento e a avaliação das ações, baseados na distribuição espacial das doenças e agravos (epidemiologia espacial), localização dos serviços e dos riscos (interação de pontos fixos e fluxos), identificação de aglomerados de doentes e planejamento de sistemas e ações de saúde (Barcellos e Ramalho, 2002; Elliot e Wartenberg, 2004; Guagliardo, 2004; Higgs, 2004; Carvalho e Santos, 2005). Oferece para pesquisadores e técnicos novos métodos para o manejo da informação para o planejamento em saúde (tomada de decisão), e constituindo-se em uma poderosa ferramenta para a conexão entre saúde e ambiente (Scholten e Lepper, 1991; Briggs e Elliot, 1995; Moore e Carpenter, 1999; Werneck, 2008). Além disso, é utilizado como instrumento integrador de diversos bancos de dados de diferentes tipos e instituições, facilitando a compreensão do fenômeno em estudo em toda sua complexidade (Camara e Monteiro, 2001). Também melhora as possibilidades da descrição e análise espacial das doenças em grandes conjuntos de dados referenciados geograficamente (Skaba et al., 2004; Werneck, 2008). A capacidade de executar múltiplos questionamentos sobre o conjunto de dados, juntamente com o uso de alta resolução gráfica, tem facilitado grandemente a obtenção e interpretação das informações em saúde (Carvalho, 1997; Odoi et al., 2005; Araujo et al., 2008; Pereira et al., 2009), ou seja, a informação (fidedigna) auxilia a redução de incertezas para a tomada de decisão com o foco na saúde.

As técnicas de geoprocessamento vêm sendo utilizadas cada vez mais no planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde, além de constituir numa importante ferramenta para análise das relações entre o ambiente e eventos relacionados à saúde, identificando regiões e grupos sob alto risco de adoecer, como também no planejamento de ações de prevenção e controle de doenças novas ou reemergentes (Snow, 1990; Antunes et al., 2002; Tomazelli et al., 2003; Horner e Mascarenhas, 2007).

O geoprocessamento de eventos em saúde é importante para identificação e avaliação de riscos à saúde coletiva (Carvalho, 1997).

3. Análise espacial em saúde

A moderna tecnologia de análise de dados, baseada na distribuição espacial de doenças e agravos, vem sendo cada vez mais valorizada na gestão dos sistemas de saúde (Brasil, 2000). Em diversos momentos, tem sido apontada a necessidade de assegurar apoio aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) para a organização das informações sobre a situação de saúde através de sistemas informatizados (Brasil, 2000). Este modelo permite analisar o estado de saúde da população e os serviços de saúde ofertados, a partir de sua localização espacial (Brasil, 2000).

Isto se faz necessário porque os gestores locais tornam-se vulneráveis a pressões por soluções dos problemas relacionados à saúde (Brasil, 2000). A construção dessa forma de olhar a saúde – espacializando as informações – é trabalhosa e exige investimento, principalmente em capacitação de técnicos (Barros et al., 2009). O uso dos mapas para o planejamento e gestão em saúde, pouco ou nada significam se utilizados apenas em momentos de “crise” ou de forma pontual. Portanto, é necessário um processo de desenvolvimento técnico e operacional contínuo dos sistemas de informações.

A Análise espacial em saúde refere-se ao uso de métodos quantitativos em estudos no qual o objeto de interesse é definido geograficamente, como a análise da distribuição espacial da ocorrência de doen-

ças e sua relação com os serviços de saúde, visando identificar padrões espaciais de morbidade ou mortalidade e fatores associados, descrever processos de difusão de doenças e gerar conhecimentos sobre etiologia de doenças, sua predição e controle (Carvalho e Santos, 2005; Werneck, 2008). A análise da distribuição das doenças é comumente feita por meio de três pilares: pessoas, tempo, espaço (Moore e Carpenter, 1999; Werneck, 2008).

Os métodos para análise espacial podem ser divididos em três grupos: visualização, análise exploratória de dados e modelagem (Moore e Carpenter, 1999; Werneck, 2008). No método da visualização, o mapeamento de eventos de saúde é a ferramenta primária, podendo variar desde uma simples distribuição pontual de incidência de doenças ou evento, até superposições complexas de mapas de incidência de doença. Essa forma de análise pode ser empregada para analisar a distribuição de profissionais ou unidades de saúde (Barros et al., 2009).

A análise espacial constitui uma poderosa ferramenta de apoio à decisão em saúde (Werneck, 2008).

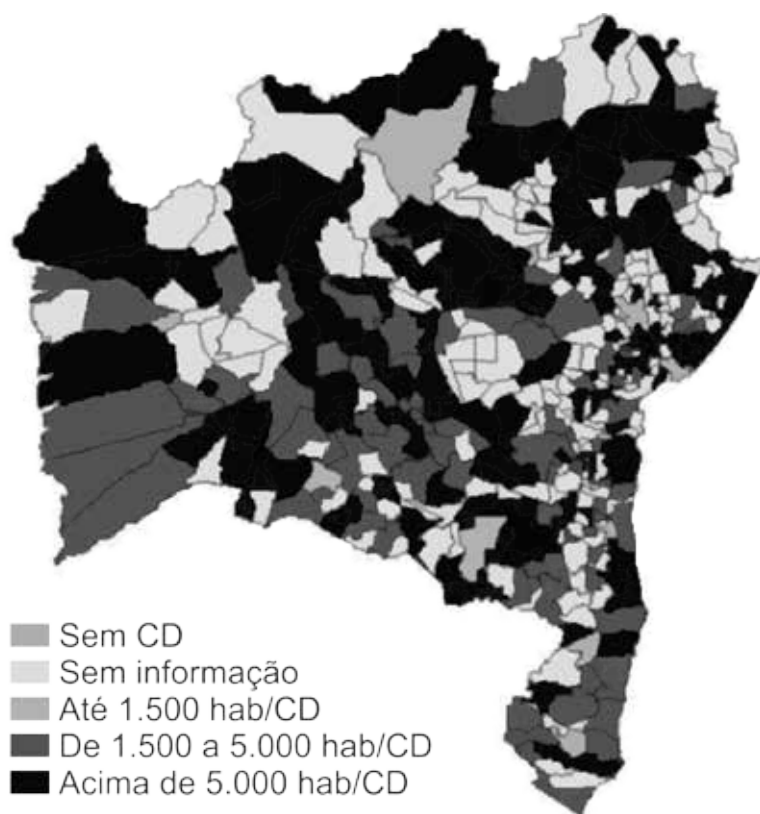


Figura 2. Distribuição dos cirurgiões-dentistas pelos municípios do estado da Bahia, segundo dados do CRO-BA, 2007

Figura 2: Exemplo da técnica de visualização: Distribuição de dentistas pelo estado da Bahia em 2007. Fonte: Barros et al., 2009.

As técnicas exploratórias possuem a forma de gráficos e outras são de natureza cartográfica. Ao aprofundar o conhecimento das distintas realidades das áreas, durante a apropriação do território, é possível ajustá-las ao planejamento e gestão dos serviços de saúde oferecidos à população inserida em um determinado território (Müller et al., 2010). Cabe ressaltar que, pela diversidade brasileira, o uso da ferramenta de geoprocessamento de informações de interesse para saúde nem sempre é possível no espaço interno de uma unidade de saúde (Müller et al., 2010).



Figura 3: Exemplo da técnica exploratória: Geocodificação de crianças menores de um ano em uma unidade de saúde de Curitiba.

Fonte: Müller et al., 2010.

Já a modelagem é utilizada para testar uma hipótese ou estimar relações, como a incidência de uma determinada doença e variáveis ambientais e/ou sociais (Pádua et al., 2006). De forma simplificada a técnica da modelagem permite a conexão entre diferentes bancos de dados e diferentes informações.

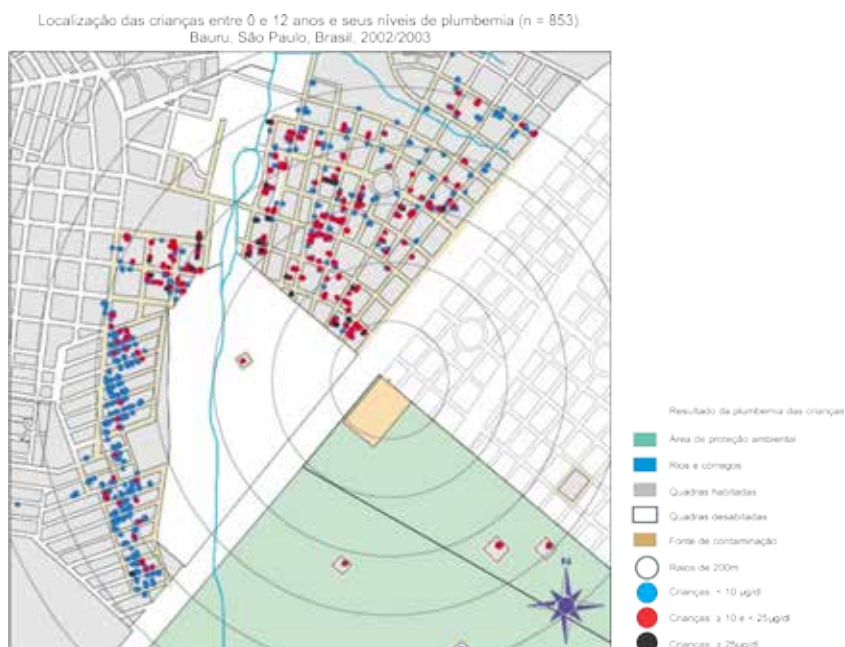


Figura 4: Exemplo da técnica de Modelagem: Localização de crianças com intoxicação por chumbo na cidade de Bauru entre 2002 e 2003.

Fonte: Pádua et al., 2006.

Na área da saúde, com o foco no planejamento e avaliação de ações, as técnicas de análise espacial estão sendo empregada com maior intensidade para a conexão com variáveis sociais e a identificação de padrões de desigualdades (Oliveira et al., 2008; Teixeira et al., 2014).

O planejamento de ações de saúde deve ser centrado em critérios de risco espaciais, ambientais e sociodemográficos que são localizados e quantificados (Müller et al., 2010).

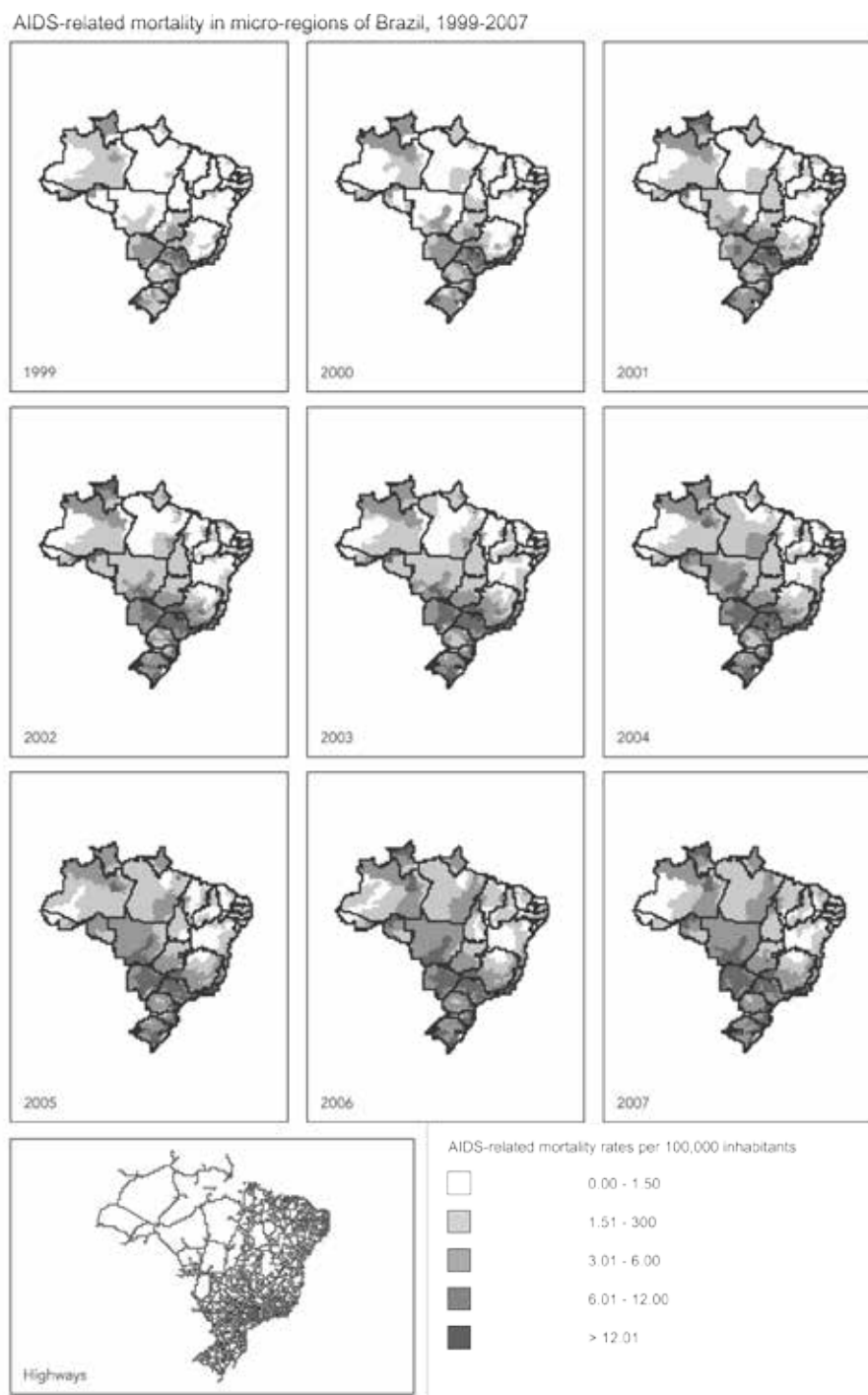


Figura 5: Identificando padrões de desigualdades regionais taxa de mortalidade da AIDS no Brasil entre 1999 e 2007. Fonte: Teixeira et al., 2014.

4. Sistema de Informação Geográfica (SIG)

Os Sistemas de Informação Geográfica (SIG) é uma tecnologia capaz de armazenar, organizar, recuperar e modificar informações sobre a distribuição espacial de dados localizáveis na superfície da terra. Os programas possuem capacidade de manipular dados gráficos (mapas) e relacioná-los aos dados não-gráficos (Burrough e McDonnell, 1998; Pina e Santos, 2000; Silva, 2003). Os SIG têm sido apontados como instrumentos de integração de dados ambientais e sociais com dados de saúde, permitindo melhor caracterização e quantificação da exposição, seus possíveis determinantes e os agravos à saúde (Pina e Santos, 2000; Silva, 2003).

É um método utilizado na saúde pública, entretanto, vêm despertando o interesse dos profissionais da área devido a informações inovadoras que estas ferramentas podem oferecer (Silva, 2003). Esta ferramenta também tem sido útil para o planejamento de recursos humanos e avaliar a distribuição de profissionais de saúde por área ou cidades, e ainda, através de programas para atrair profissionais para regiões onde a demanda é baixa, assim como avaliar a acessibilidade de indivíduos à assistência em saúde (Krause et al., 2005).

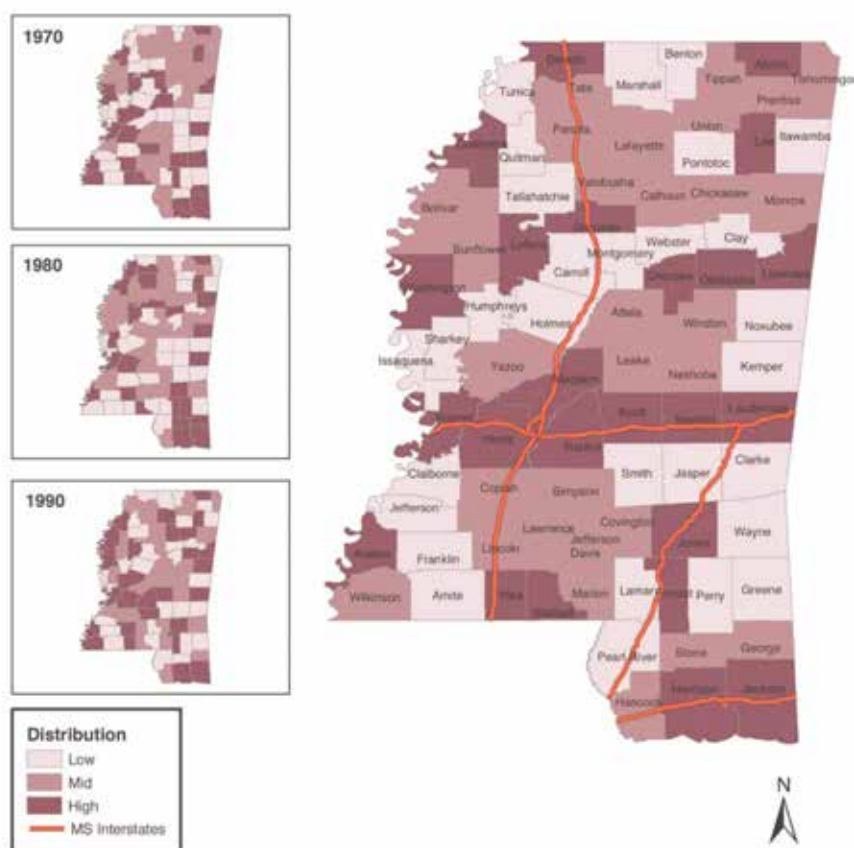


Figura 6: Distribuição de Dentistas no estado do Mississippi, EUA entre 1970 e 2000.

Fonte: Krause et al., 2005.

A complexidade dos fatores sociais que se relacionam aos problemas de saúde requer análises e medidas cada vez mais cuidadosas. A união das ferramentas para explicar o processo saúde-doença nas

diferentes populações fortalece o planejamento de ações para o monitoramento dos vulneráveis e mais expostos a riscos. Dessa maneira, os serviços de saúde podem atuar alterando a frequência, a distribuição dos agravos à saúde e até mesmo a desigualdade entre setores sociais, repercutindo na qualidade de vida das populações (Campos et al., 2009).

O SIG é uma forma de organização, consolidação e análise de bases de dados espaciais sobre saúde e ambiente (Campos et al., 2009).

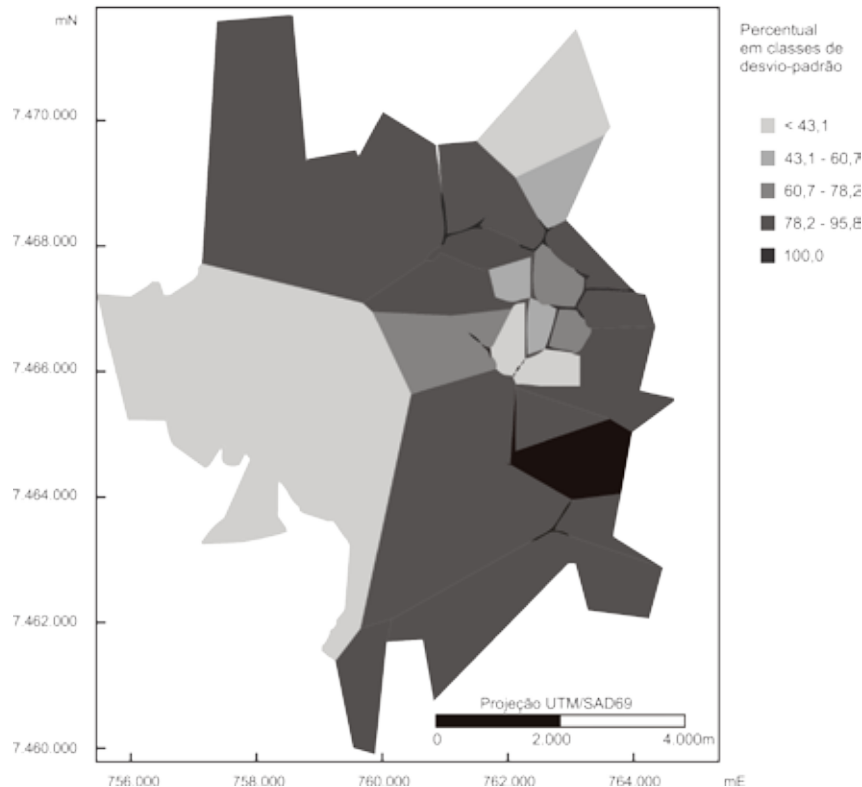


Figura 7: Distribuição de idosos chefes de família por setor censitário em Botucatu (SP) entre 2001 e 2002.
Fonte: Campos et al., 2009.

5. Exemplo: Análise espacial e Geoprocessamento em Odontologia

O uso dos sistemas computacionais para a análise da distribuição espacial das doenças na Odontologia é uma tecnologia nova e potencial para a investigação em saúde bucal. Os estudos são recentes e têm demonstrado resultados importantes para o planejamento em saúde bucal (Borrel et al., 2006).

As principais possibilidades de estudar a distribuição espacial em Odontologia, com o foco no planejamento, é analisar o perfil de distribuição de eventos/agravos bucais como cárie dentária, condições gengivais, câncer de boca, trauma dental, edentulismo em idosos, distribuição de profissionais e sua relação com áreas de privação social em dois níveis, individual e coletiva, por meio de análises multiníveis e um SIG (White et al., 2000; Susi e Mascarenhas, 2002; Moysés et al., 2008; Chiang et al., 2010; Pereira et al., 2010; Kruger et al., 2011; Moreira et al., 2011).

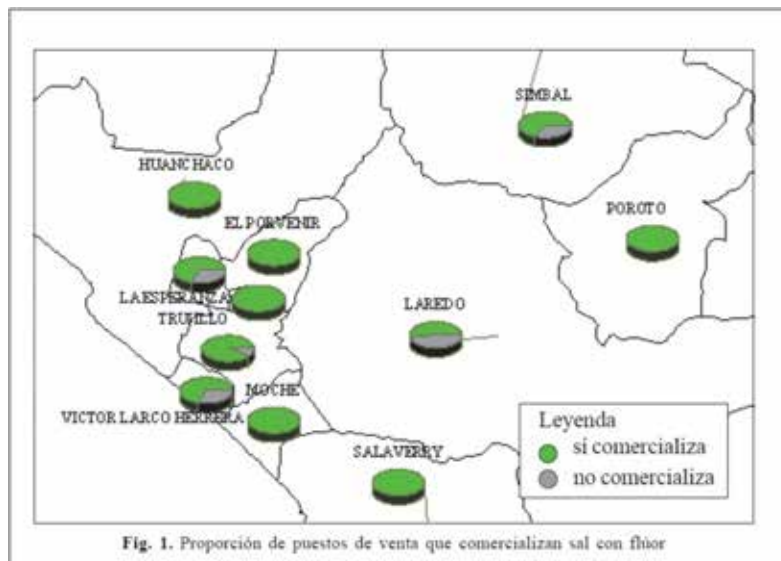


Figura 10: Mapa da comercialização de sal Fluoretado em Trujillo (Peru).
Fonte: Arana, 2006.

A fluoretação da água de abastecimento público contribui para a redução da prevalência da cárie (Brasil, 2011; Alves et al., 2012). Entretanto, o emprego dessa tecnologia requer o controle da sua utilização (Alves et al., 2012). Os mapas podem auxiliar a identificação de áreas não cobertas e contribuir para o planejamento de estratégias de vigilância em saúde bucal (Morgan e Treasure, 2003).



Figura 11: Cobertura da Fluoretação das águas de abastecimento público entre municípios do estado de São Paulo entre 1980 e 2000.
Fonte: Alves et al., 2012

6. Construção dos mapas

Com o avanço tecnológico, a construção de mapas e análise espacial de informações de saúde é realizada por programas computacionais específicos pagos ou disponibilizados de forma gratuita. Atualmente, existe um grande número de *softwares* (aplicativos) de domínio público que podem ser instalados em computadores pessoais. Também são disponibilizados tutoriais capazes de proporcionar o aprendizado do uso dos programas. Isto aproxima o uso do geoprocessamento por profissionais e serviços de saúde. Entretanto, muitos desses aplicativos não possuem versão em Português (quadro 1).

Antes de construir um mapa temático você deve ter em mente que o mapa é uma forma de comunicação. Portanto, você deve saber:

- 1 – Qual informação quer passar com o mapa? Para quem vou informar?
- 2 – Quais dados vão ser necessários?
- 3 – Onde e como conseguir os dados corretos?
- 4 – Como montar os dados corretamente? (Brasil, 2007a).

Quadro1: Principais programas de geoprocessamento utilizados para construção de mapas e análise espacial.

Aplicativo	Sistema	Licença	Características	Desenvolvedor/País
DIVA-GIS	Windows / Java	Gratuito	Geoprocessamento	CIP / Peru
gvSIG	Java	Aberto	Geoprocessamento	GVA / Espanha
ILWIS	Windows	Aberto	Geoprocessamento e PDI	ITC / Holanda
jGRASS	Java	Aberto	Geoprocessamento (uDIG plug-in)	UIITH / Itália
JUMP	Java	Aberto	Toolkit Geoprocessamento	Vivid Solutions / Canadá
Kosmo	Java	Aberto	Geoprocessamento	SAIG / Espanha
MapWindow	Windows	Aberto	Geoprocessamento	Utah Water Research / EUA
MySQL	Windows/Linux/MacOS/BSD	Aberto	Sistema Gerenciador de Banco de Dados	MySQL AB / Suécia / EUA
FWTools	Windows/Linux/MacOS	Aberto	Geoprocessamento	AS e CRS / Canadá
OpenJUMP	Java	Aberto	Geoprocessamento	JPP / Internacional
OrbisCAD	Java	Aberto	CAD (desenho assistido por computador)	França
OrbisGIS	Java	Aberto	Geoprocessamento	França
Paraview	Windows/Linux/MacOS/BSD	Aberto	Visualização 3D e interpolação	Kitware / EUA
PostGIS	Windows/Linux/MacOS/BSD	Aberto	SGDB (Armazenar dados espaciais)	RR / Canadá
Quantum GIS	Windows/Linux/MacOS	Aberto	Geoprocessamento (módulos do GRASS)	EUA
SAGA	Windows/Linux	Aberto	Geoprocessamento	UH / Alemanha
SavGIS	Windows	Gratuito	Geoprocessamento e SGDB	IRD / França
GeoDa	Windows/Linux/MacOS/BSD	Aberto	Análise Espacial / Geoprocessamento	GeoDa Center / ASU / EUA
ArcGis	Windows/Linux/MacOS/BSD	Pago	Análise Espacial / Geoprocessamento	ESRI / EUA
SatScan	Windows/Linux/MacOS/BSD	Gratuito	Análise Espacial / Análise Espaço-Temporal	CDC /Harvard / USA
MapInfo	Windows	Pago	Geoprocessamento	EUA
Terraview	Windows/Linux	Aberto	Visualização / Geoprocessamento	INPE / Brasil

Cabe ressaltar que os programas não são de uso exclusivo da área da saúde, o que requer conhecimentos de cartografia, computação, geografia, demografia, entre outras áreas do conhecimento. Na área da saúde os principais programas que estão sendo utilizados com aplicações práticas para os serviços de saúde são: TerraView, Quantum GIS, ArcGis, SaTScan, GeoDa.

O Ministério da Saúde disponibiliza uma série de manuais para a capacitação e atualização para técnicos da área da saúde (Brasil, 2006; Brasil, 2007a; Brasil, 2007b). Estes manuais foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde e funcionam como tutoriais que permitem o autoaprendizado de forma gradual e com uma linguagem acessível para os técnicos de saúde. Entretanto, são necessários recursos e conhecimentos básicos em informática.

“O cenário atual do geoprocessamento em saúde, no Brasil, é extremamente favorável para a estruturação de uma rede de capacitação de profissionais para o manuseio das ferramentas disponíveis e aprimoramento das abordagens do espaço nas análises de saúde. Vários centros de pesquisa têm se dedicado à aplicação de técnicas de análise espacial em saúde (Brasil, 2007a)”. Além do uso de *softwares* de domínio público favorece a aproximação dos profissionais da saúde com o geoprocessamento tornando a tarefa de construção dos mapas de fácil compreensão, execução e aceitabilidade. (Brasil, 2007a).



Figura 12: Volume 1 da Série de capacitação em geoprocessamento em saúde do Ministério da Saúde.
Fonte: Brasil, 2006.

De forma simplificada um mapa é o resultado da união de um banco de dados não gráficos com uma base cartográfica de dados gráficos (Brasil, 2007a; Brasil, 2007b).

7. Banco de dados não gráficos e gráficos

O banco de dados denominado “não gráfico” é composto por dados atributivos contendo variáveis que se pretende analisar (Pina e Santos, 2000; Brasil, 2006; Brasil, 2007a).

Bairro	Cidade	Estado
Vila Resende	piracicaba	sp
Algodoal	piracicaba	sp
Piracicamirim	piracicaba	sp
Caxambu	piracicaba	sp
Cecap	piracicaba	sp
Parque Piracicaba	piracicaba	sp
Vila Sonia	piracicaba	sp
Campestre	piracicaba	sp
Mario Dedini	piracicaba	sp
Vila Cristina	piracicaba	sp
Agua Branca	piracicaba	sp
Estação Paulista	piracicaba	sp
Jupia	piracicaba	sp
Independencia	piracicaba	sp
Pompela	piracicaba	sp
Monte Alegre	piracicaba	sp
Santa Rosa	piracicaba	sp
Centro	piracicaba	sp
Santa Terezinha	piracicaba	sp

Figura 13: Exemplo de base não gráfica de alguns bairros de Piracicaba (SP) listados em planilha do Excel.

Paralelamente é feita a construção da base de dados “gráficos” contento dados geográficos de uma base cartográfica digital da área dos dados não gráficos. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) disponibiliza a maior parte das bases cartográficas digitais do Brasil (Pina e Santos, 2000; Brasil, 2006; Brasil, 2007a).



Figura 14: Exemplo de base cartográfico digital dos bairros do município de Piracicaba (SP) disponibilizada pelo IBGE.

A ligação entre as duas bases é feita por um código comum ou “chave primária” que deve ser uma variável presente nas duas bases. Cada plano de informação gerado é chamado *layer* (camada) e que contem uma série de variáveis que representam um tema ou classe de informação como: local, mês da coleta, resultado (Brasil, 2006; Brasil, 2007a).

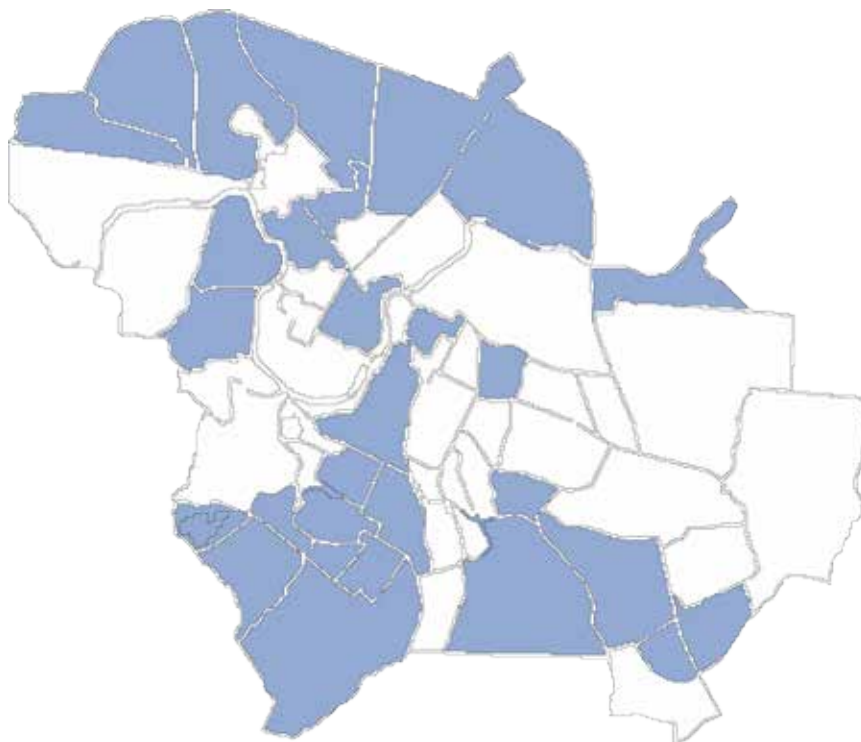


Figura 15: União da base gráfica e não gráfica dos bairros selecionados de Piracicaba (SP).

O armazenamento dos dados pode ser feito através do modelo vetorial ou matricial que também é chamado de *raster* (Pina e Santos, 2000; Brasil, 2006; Brasil, 2007a).

8. Formas de construção e análise por mapas

Existem dois modelos de armazenamento dos mapas por *raster* ou vetor. No **modelo raster** a área em estudo é dividida em células formando uma grade regular (matriz). Essas células são também chamadas de *pixel* (Picture cell). Já no **modelo vetorial** qualquer elemento da superfície terrestre é representado por pares de coordenadas, que marcam pontos existentes. As demais formas (linha e polígonos) são formadas por derivações desses pontos (Brasil, 2006).

As informações espaciais podem ser representadas por pontos, linhas ou polígonos (Brasil, 2006; Brasil, 2007a). Para cada tipo de construção existem técnicas de análise espaciais específicas (Bailey, 2001; Brasil, 2007b). Quando no estudo, os dados serão analisados em áreas (polígonos), é necessário definir qual o tamanho da unidade espacial de saúde será utilizada, isto é, qual será o nível de agregação dos dados brutos (quadra, bairro, setor censitário, município, microrregião, macrorregião, estado, entre outras). Para que o mapa seja gerado é necessário que a variável de ligação seja compatível entre as bases (Brasil, 2006; Brasil, 2007a), ou seja, se os dados não gráficos foram armazenados por bairro os dados gráficos devem ser compostos também por bairros (Brasil, 2000; Brasil, 2007). A partir desses mapas é possível planejar estratégias e alocar recursos humanos e materiais necessários através da visualização dos dados (Bailey, 2001; Brasil, 2007b).

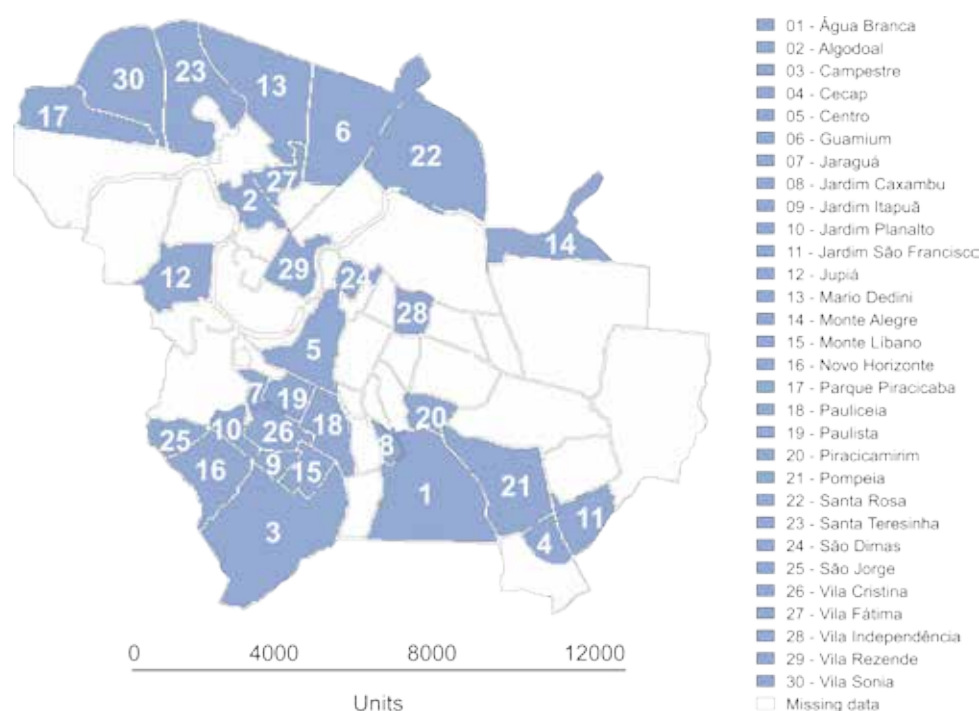


Figura 16: Exemplo da visualização da distribuição por área de alguns bairros de Piracicaba (SP).

No caso de dados por pontos, a construção do banco de dados não gráfico é realizada por meio do sistema de coordenadas (latitude/longitude ou X/Y) e, posteriormente, ao georreferenciamento dos pontos de controle na superfície terrestre pelo cruzamento das coordenadas de latitude e longitude (posicionamento) ou da localização geográfica dos pontos através de um endereço válido (Pina e Santos, 2000; Brasil, 2006; Brasil, 2007a).

Em seguida se estabelece o relacionamento entre a base gráfica e não gráfica.

Unidade	Endereço	Cidade	Estado	CEP
CRAB. Cecap	Rua Melvin Jones, 91	Piracicaba	SP	13421-520
CRAB. Mario Dedini	Rua Nadir Eraldo Stela, 137	Piracicaba	SP	13412-304
CRAB. Piracicamirim	Rua Gonçalves Dias, 70	Piracicaba	SP	13418-520
CRAB. Santa Teresinha	Rua Nicolau Zem, 220	Piracicaba	SP	13411-059
CRAB. Vila Cristina	Av. Raposo Tavares, 1851	Piracicaba	SP	13401-542
CRAB. Vila Rezende	Rua Santo Estevão, 394	Piracicaba	SP	13405-249
CRAB. Vila Sonia	Rua João Zem, 751	Piracicaba	SP	13408-196
PSF 1º de Maio	Rua Augusto Gomes da Silva, 40	Piracicaba	SP	13423-704
PSF Boa Esperança II	R: Cupuaçu, 340	Piracicaba	SP	13420-056
PSF Bosque dos Lenheiros I	Rua das Seringueiras, 33	Piracicaba	SP	13412-526
PSF Campestre	Av. Laranjal Paulista, 4090	Piracicaba	SP	13401-630
PSF Cecap	Alameda Melvin Jones, 55	Piracicaba	SP	13421-520
PSF IAA I	Rua João Pedro Corrêa, 810	Piracicaba	SP	13411-142
PSF Itapua I	Rua Garça, 495	Piracicaba	SP	13402-055
PSF Jaraguá I	Rua Prof. Mariano da Costa, 380	Piracicaba	SP	13403-015
PSF Jardim Oriente	Av. Luis Pereira Leite, 2351	Piracicaba	SP	13426-239
PSF Jardim Vitória	Av. Conchas, nº 550	Piracicaba	SP	13402-000
PSF Kobayat Libano	Av. Frei Francisco Antonio Perin, 987	Piracicaba	SP	13402-127
PSF Mário Dedini II	Rua Francisca Tagero Barbosa, 55	Piracicaba	SP	13412-355
PSF Parque Orlanda	Rua Jorge Anéfalos, 350	Piracicaba	SP	13408-255
PSF São Jorge	Rua Mococa, 180	Piracicaba	SP	13413-012
PSF São José	Av. dos Patriotas, 1233	Piracicaba	SP	13403-060
PSF Tatuapé I	Rua Professor Carlos Brasiliense Pinto, 405	Piracicaba	SP	13401-480
PSF Vila Fátima	Rua João Alves de Almeida, 355	Piracicaba	SP	13412-080

Figura 17: Exemplo de base não gráfica com os endereços de algumas Unidades de Saúde do município de Piracicaba (SP). Fonte: www.saude.piracicaba.sp.gov.br/goto/store/categorias.aspx?SID=8dbe1f2233a9552c-2784180c2556052b&id=19&mid=162

Uma das formas alternativas frequentemente utilizadas para a localização geográfica de um ponto é através do Código de Endereçamento Postal (CEP). Porém, ao adotar o CEP como estratégia de localização a precisão ficará parcialmente comprometida. Na área da saúde esta estratégia é amplamente utilizada, apesar das críticas (Barcellos e Ramalho, 2002; Skaba et al., 2004; Carvalho e Santos, 2005).



Figura 18: Base cartográfica digital por ruas do município de Piracicaba (SP).

Para a análise de um problema de saúde, o investigador deve refletir sobre os dados que possui e também ter conhecimentos sobre elementos conceituais e práticos que o auxiliem no cálculo e interpretação de variáveis socioeconômicas e ambientais, além de indicadores e taxas que irão nortear a tomada de decisão (Brasil, 2007a).



Figura 19: Cruzamento da base não gráfica (localização geográfica das unidades de saúde) com a base gráfica digital por ruas de Piracicaba (SP).

Assim, o resultado do cruzamento entre dados gráficos de uma determinada área (base cartográfica) e dados não gráficos da mesma área (pontos ou áreas) ou de alguma análise espacial são os chamados mapas temáticos.

O uso dos mapas para o planejamento de ações em áreas rurais ou remotas pode ser comprometido devido à dificuldade de se encontrar bases cartográficas digitais que abranjam estas regiões. Uma alternativa seria a construção de mapas a partir de bases cartográficas impressas em formato de papel (Brasil, 2007b).

No exemplo acima é possível identificar o que está sendo representado (título), local, escala, legenda, seta de direção (Norte), o mapa em si e a gradação de cor indicando melhor para o pior (Hewlett et al., 2015). Mesmo que nem todos os elementos estejam presentes como borda, créditos e projeção, torna-se possível interpretar as informações contidas no mapa.

Um detalhe importante na construção dos mapas é a padronização da legenda porque um mapa temático pode gerar diferentes padrões espaciais dependendo do tipo de informação que será inserida na legenda do mapa (Dent, 1996; Brasil, 2006).

Algumas revistas científicas não publicam em colorido. Alternativamente podem ser construídos mapas temáticos com gradação de cor em tons de cinza como mostrado em vários exemplos anteriores (Brasil, 2006).

10. Estatística espacial

Além dos mapas temáticos existem pressupostos estatísticos nas abordagens espaciais que podem ser utilizados para o aprofundamento da análise espacial (Bailey, 2001; Brasil, 2007b).

As técnicas estatísticas ampliam as análises de modo a permitir a realização de inferências e de testes de hipóteses geradas pelos profissionais e pesquisadores da área da saúde para responder questões sobre a distribuição de eventos (Bailey, 2001; Brasil, 2007b).

11. Considerações finais

No contexto brasileiro o geoprocessamento e a aplicação de tecnologias inovadoras favorecem a utilização de ferramentas disponíveis que potencializam o planejamento do setor saúde baseado em uma abordagem espacial. Esse cenário envolve a apropriação de tecnologias disponíveis e de estratégias que fortalecem a gestão diferenciada e moderna com o foco na tomada de decisão em saúde.

12. Referências

Alves RX, Fernandes GF, Razzolini MTP, Frazão P, Marques RAA, Narvai PC. Evolução do acesso à água fluoretada no Estado de São Paulo, Brasil dos anos 1950 à primeira década do século XXI. Cad Saúde Pública. 2012; 28 Suppl:69-80.

- Antunes JLF, Frazão P, Narvai PC, Bispo CM, Pegoretti T. Spatial analysis to identify differentials in dental needs by area-based measures. *CommunityDent Oral Epidemiology*. 2002; 30(2): 133-42.
- Arana AS. Mapeo del sal con flúor em los mercados de la provincia de Trujillo utilizando el sistema de información Geográfica. *RevEstomatolHered*. 2006; 16(1): 5-8.
- Araujo JR, Ferreira EF, Abreu MHNG. Revisão sistemática sobre estudos de espacialização da dengue no Brasil. *Rev BrasEpidemiol*. 2008; 11(4): 696-708.
- Bailey TC. Spatial statistical methods in health. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(5): 1083-98.
- Barcellos C, Bastos FA. Geoprocessamento, ambiente e saúde: uma união possível? *Cad Saúde Pública*. 1996; 12(3): 389-97.
- Barcellos C, Ramalho WM. Situação atual do geoprocessamento e da análise de dados espaciais em saúde no Brasil. *RevInform Pública*. 2002; 4(2): 221-30.
- Barcellos C, Ramalho WM, Gracie R, Magalhães MAFM, Fontes MP, Skaba D. Georreferenciamento de dados de saúde na escala submunicipal: algumas experiências no Brasil. *EpidemiolServ Saúde*. 2008; 17(1): 59-70.
- Barros SG, Prates A, Moura AP, Leite M, Bagdeve T. Distribuição de cirurgiões-dentistas pelo território da Bahia-2007. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2009; 33(2): 162-73.
- Borrel LN, Northridge ME, Miller DB, Golembeski CA, Spielman SE, Sclar ED, et al. Oral health and health care for older adults: a spatial approach for addressing disparities and planning services. *Spec Care Dent*. 2006; 26(6): 252-6.
- Brasil. Ministério da Saúde. Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Sistema de informação geográfica e a gestão da saúde no município. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. 25p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. SB Brasil 2010 – pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Abordagens espaciais na saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. v.1, 136p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Sistemas de informação geográfica e análise espacial na saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a. v.2, 148p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Introdução à estatística espacial para a saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b. v.3, 120p.
- Briggs DJ, Elliot P. The use of geographical Information system in Studies on environment and health. *World Health Stat Q*. 1995; 48(2): 85-94.
- Burrough PA, McDonnell RA. Principles of geographical information system. Oxford: Oxford University Press; 1998.
- Camara G, Monteiro AMV. Geocomputation techniques for spatial analysis: are they relevant to health data? *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(5): 1059-81.
- Campos FG, Barrozo LV, Ruiz T, César CLG, Barros MBA, Carandina L, et al. Distribuição espacial dos idosos de um município de médio porte do interior paulista segundo algumas características socio-demográfico e de morbidade. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(1):77-86.
- Carvalho DM. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. *InfEpidemiol SUS*. 1997; 5(4): 7-46.
- Carvalho MS, Santos RS. Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2): 361-78.
- Center for Disease Control and Prevention. Geography and Geospatial Science Working Group. Cartographic guidelines for public health. Georgia: CDC; 2012. 33p.

- Chiang CT, Hwang YH, Tsai KY, Lian IB, Yuan HY, Chang TK. Elucidating the underlying causes of oral câncer through spatial clustering in high risk areas of Taiwan with a distinct gender ratio of incidence. *Geospat Health*. 2010; 4(2): 231-42.
- Chiesa AM, Westphal MF, Kashiwagi NM. Geoprocessamento e promoção da saúde: desigualdades sociais e ambientais em São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(5): 559-67.
- Dent BO. Cartography, thematic map design. Boston: WCB Publishers; 1996.
- Elliott P, Wartenberg D. Spatial epidemiology: current approaches and future challenges. *Environ Health Perspect*. 2004; 112(9): 998-1006.
- Guagliardo MF. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *Int J Health Geogr*. 2004; 3(1):3-11.
- Hewlett SA, Calys-Tagoe BNL, Yawson AE, Dako-Gyeke P, Phil EN, Folsom G, et al. Prevalence and geographic distribution of edentulismo among older Ghanaians. *J Public Health Dent*. 2015; 75(1): 74-83.
- Higgs G. A literature review of the use of GIS – based measures of access to health care services. *Health Serv Outcomes Res Methodol*. 2004; 5(2): 119-39.
- Horner MW, Mascarenhas AK. Analyzing location-based accessibility to dental services: an Ohio case study. *J Public Health Dent*. 2007; 67(2): 113-8.
- Krause D, Frate DA, May WL. Demographics and distribution of dentists in Mississippi: a dental work force study. *J Am Dent Assoc*. 2005; 136(5): 678-80.
- Kruger E, Tennant M, George R. Application of geographic informationsystems to the analysis of private dental practices distribution in Western Australia. *Rural Remote Health*. 2011; 11(3): 1736.
- Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. 272p.
- Moore DA, Carpenter TE. Spatial analytical methods and geographic information system: use in health research and epidemiology. *Epidemiol Rev*. 1999; 21(2): 143-61.
- Moreira RS, Nico LS, Tomita NE. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. *Ciê Saúde Colet*. 2007; 12(1): 275-84.
- Moreira RS, Nico LS, Tomita NE. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do sudeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(10): 2041-53.
- Morgan MZ, Treasure ET. Mapping caries prevalence and water distribution in Wales lechyd Morgannwg Health Authority as a case study. *Community Dent Health*. 2003; 20(2): 94-9.
- Moysés ST, Camilotte AG, Vetorello M, Moysés SJ. Spatial analysis of dental trauma in 12-year-old schoolchildren in Curitiba, Brazil. *Dent Traumatol*. 2008; 24(4): 449-53.
- Müller EPL, Cubas MR, Bastos LC. Georreferenciamento como instrumento de gestão em unidade da saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(6): 978-82.
- Odoi A, Wray R, Emo M, Birch S, Hulchison B, Eyles J, et al. Inequalities in neighbourhood socioeconomic characteristics: potencial evidence-base for neighbourhood health planning. *Int J Health Geogr*. 2005; 4: 20.
- Oliveira CE, Bernini GF, Miyazaki LCY, Tomita NE. Características sociodemográficas da mortalidade por câncer de boca em Bauru, SP, no período de 1991 a 2001: uso do geoprocessamento. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(2): 185-95.
- Pádula NAMR, Abreu MH, Miyazaki LCY, Tomita NE. Intoxicação por chumbo e saúde infantil: ações intersectoriais para o enfrentamento da questão. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(1): 163-71.
- Pereira SM, Ambrosano GMB, Cortellazzi KL, Tagliaferro EPS, Vettorazzi CA, Ferraz SFB, et al. Geographic Information Systems (GIS) in assessing dental health. *Int J Environ Res Public Health*. 2010; 7(5): 2423-36.
- Pereira SM, Pereira AC, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Vettorazzi CA. O uso dos Sistemas de Informação Geográfica (SIG) em saúde. In: Pereira AC, organizador. *Tratado de saúde coletiva em odontologia*. Nova Odessa: Napoleão; 2009. p.383-94.

- Pina MF, Santos SM. Conceitos básicos de sistema de informação geográfica e cartografia aplicada à saúde. Brasília: OPAS; 2000. 122p.
- Ross A. Geografia e saúde: espacialização da concentração de flúor das águas subterrâneas do município de Londrina-PR [trabalho de conclusão de curso – bacharelado]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2013. 66f.
- Scholten HS, Lepper MJC. The benefits of the application of geographical information system in public and environmental health. *World Health Stat Q*. 1991; 44(3): 160-70.
- Silva AB. Sistemas de informações Geo-referenciadas: conceitos e fundamentos. Campinas: Editora Unicamp; 2003. 236p.
- Skaba DA, Carvalho MS, Barcellos C, Martins PC, Terron SL. Geoprocessamento dos dados da saúde: o tratamento dos endereços. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(6): 1753-6.
- Snow J. Sobre a maneira de transmissão do cólera. São Paulo: Hucitec; 1990.
- Susi L, Mascarenhas AK. Using a geographical information system to map the distribution of dentists in Ohio. *J Am Dent Assoc*. 2002; 133(5): 636-42.
- Teixeira TRA, Gracie R, Malta MS, Bastos FI. Social geography of AIDS in Brazil: identifying patterns of regional inequalities. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(2): 259-71.
- Tomazelli J, Czeresnia D, Barcellos C. Distribuição espacial dos casos de AIDS em mulheres no Rio de Janeiro de 1982 a 1997: uma análise espacial. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(4): 1049-61.
- Werneck GL. Georeferenced data in epidemiologic research. *Ciênc Saúde Colet* 2008; 13(6): 1753-66.
- White DA, Anderson RJ, Bradnock G, Gray MM, Jenkins P. The use of a geographical Information system in investigating dental services. *CommunityDent Health*. 2000; 17(2): 79-84.

CAPÍTULO 23 – EVIDÊNCIA CIENTÍFICA PARA GESTORES DE SAÚDE

Valéria Silva Cândido Brizon

Cirurgiã dentista – UFMG ; Especialista em Saúde Coletiva – FOP-UNICAMP; Mestre em Odontologia na área de Saúde Coletiva – UFMG; Mestre Profissional em Odontologia na Saúde Coletiva – FOP-UNICAMP; Doutoranda PPG em Odontologia na Saúde Coletiva – FOP-UNICAMP

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivo

O Objetivo deste capítulo é realizar uma abordagem utilizando as ferramentas da Epidemiologia clínica, Estatística, Metodologia Científica e da Informática para trabalhar a pesquisa, o conhecimento e a atuação em Saúde, promovendo a integração da experiência clínica às melhores evidências disponíveis, considerando a segurança nas intervenções e a ética facilitando, assim, a tomada de decisão nesse campo.

Conteúdo Programático

- Introdução à saúde baseada em evidências
- Estruturação da questão e hipótese do contexto da saúde baseada em evidências
- Importância da estruturação da questão de clínica/pesquisa
- Características da questão da pesquisa
- Tipos de estudo
- Revisão sistemática com metanálise
- Buscando por evidência científica
- Avaliação crítica da literatura
- Considerações finais

Leitura Obrigatória

- 1- Clarke M, Horton R. Bringing it all together: Lancet-Cochrane collaborate on systematic reviews. Lancet June 2, 2001; 357:1728. Disponível em: http://www.centrocochranedobrasil.org.br/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=12

- 1- Atallah, AN, Castro AA. Revisão Sistemática e Metanálises, em: Evidências para melhores decisões clínicas. São Paulo. Lemos Editorial 1998. Disponível em: <http://www.centrocochranedobrasil.org/artigos/bestevidence.htm>
- 1- Cochrane: Centro Cochrane do Brasil. Disponível em: http://www.centrocochranedobrasil.org.br/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=12

Leitura complementar

- 1- Sampaio RF; Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Rev. bras. fisioter., São Carlos. 2007; 11(1):.83-89. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12>

Atividades

- 1- Buscar uma revisão sistemática sobre políticas públicas e que tiveram impacto nos serviços de Saúde. Fazer uma resenha crítica.
- 2- Elabore uma discussão crítica sobre a importância da evidência científica para a prática na área de saúde.

INTRODUÇÃO À SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Saiba Mais:

Evidência científica é o conjunto de elementos utilizados para suportar a confirmação ou a negação de uma determinada teoria ou hipótese científica. Para que haja uma evidência científica é necessário que exista uma pesquisa realizada dentro de preceitos científicos – e essa pesquisa deve ser passível de repetição por outros cientistas em locais diferentes daquele onde foi realizada originalmente (Stetler, 1998).

Glossário

Expertise: vivência, interpretação da evidência e aplicação ao seu paciente.

O profissional da área de saúde ao tomar uma decisão em relação ao problema de saúde de um indivíduo ou de uma comunidade, sabe que precisa basear-se na melhor evidência científica para corroborar se um determinado conhecimento é verdadeiro ou falso. Deve-se associar esta informação a sua expertise, respeitando os valores, crenças e preferências do indivíduo de forma a nortear a decisão clínica com benefícios e redução de danos ao paciente (Atallah & Castro, 1998).

Apesar dessa premissa, nos últimos anos, diversas mudanças foram observadas na área de saúde, gerando contínuos desafios a serem vencidos de forma individual em cada decisão clínica tomada. Com o objetivo de auxiliar nessas decisões e contribuir para a qualidade do atendimento clínico, a literatura científica tem produzido e difundido um grande número de informações, o que de modo imperativo, redefine o universo do conhecimento do profissional da saúde, tornando-o livre para análises muito mais críticas e cuidadosas na assistência à saúde (Galvão & Sawada, 2003).

A assistência à saúde é uma abordagem da prática baseada em evidências que visa melhorar a qualidade do atendimento clínico. Esta prática consiste em fazer escolhas. Qual o tratamento seria mais eficaz para este paciente? Qual a conduta seria mais indicada para diagnosticar melhor aquela doença da comunidade? As respostas para estas perguntas dependem do conhecimento, da habilidade e da atitude do profissional da saúde, dos recursos, como também das preferências do indivíduo. Estas dúvidas motivaram a construção de movimentos associados à Medicina e à Odontologia, denominados, respectivamente, Medicina Baseada em Evidência (BEM) e Odontologia Baseada em Evidência (OBE).

Archie Cochrane

(1909-1988)

Pesquisador médico britânico que contribuiu grandemente para o desenvolvimento da epidemiologia como ciência.

<http://community.cochrane.org/about-us/history/archie-cochrane#Back>

A expressão “Medicina Baseada em Evidência” surgiu na década de 1980 para descrever a aprendizagem baseada em problemas, usada pela *MasMaster University Medicine Scholl*, e definida como o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica (Bennett & Bennett, 2000; El, 2007; Sampaio & Mancini,

ni, 2007). Ela envolve experiência clínica, além da “expertise” em encontrar, interpretar e aplicar os resultados dos estudos científicos epidemiológicos aos problemas individuais de seus pacientes (Sackett et al. 1996). Utiliza, para isso, provas científicas existentes para a utilização de seus resultados na prática clínica (El Dib, 2007).

A importância da Odontologia para o movimento da evidência é inegável hoje, ela é definida como a integração das evidências científicas com a experiência do dentista, respeitando as necessidades de tratamento dos pacientes e suas preferências (Lawrence, 1998).

Odontologia baseada em evidências fornece suporte ao planejamento, gerenciamento e avaliação de serviços odontológicos, não se restringindo apenas a fornecer suporte a processos de decisão sobre tratamentos da saúde bucal de pacientes a nível individual (Fedorowicz & Fedorowicz, 2005).

Para direcionar e orientar as políticas em uma região ou um país os formuladores de políticas públicas, bem como, os organizadores de diretrizes em saúde deveriam se basear em informações com a melhor evidência científica. Esta consiste na tentativa de melhorar a qualidade da informação na qual se baseiam as decisões em cuidados de saúde, contribuindo para evitar o excesso de informações, otimizando aquelas de melhor aplicação

Podemos definir como um processo de 6 etapas a saúde baseada em evidência conforme figura 1.

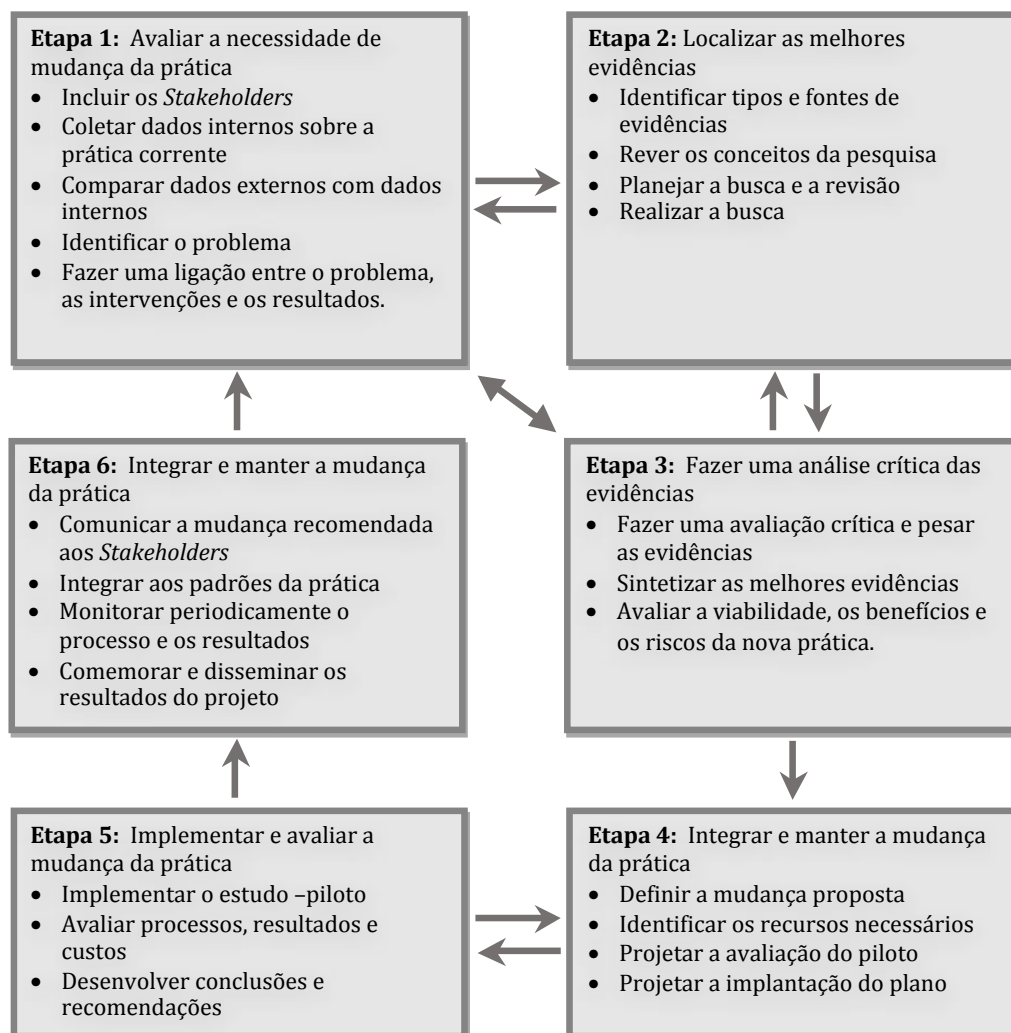


Figura 1: Modelo para mudança da prática baseada em evidência
Fonte: Larrabee, 2011

Glossário

Stakeholders: Todos os envolvidos (paciente, profissionais, etc)

Para melhor exemplificar estas práticas baseadas em evidências, discutiremos o assunto nos seguintes tópicos:

- 1- Estruturação da questão e hipótese do contexto da saúde baseada em evidências
 1. Importância da estruturação da questão de clínica/pesquisa
 2. Características da questão da pesquisa
 1. Tipos de estudo
 2. Revisão sistemática com metanálise
 3. Buscando por evidência científica
 4. Avaliação crítica da literatura

1- ESTRUTURAÇÃO DA QUESTÃO E HIPÓTESE DO CONTEXTO DA SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS

1.1 Importância da estruturação da questão de clínica/pesquisa

As evidências científicas são norteadoras para a base da prática clínica, iniciando-se partir do reconhecimento da questão clínica ou pela dúvida sobre um procedimento mais adequado para se solucionar um determinado problema (SACKETT et al., 1996).

Para responder a uma dúvida, devemos nos perguntar: Qual o problema em questão da minha comunidade? Qual o diagnóstico da doença? Qual é o tipo de paciente? O que pode ser realizado para melhorar a gestão da minha unidade?

Antes de formular a pergunta, devemos escolher o assunto ou o tema que mais nos inquieta. Alguns passos podem auxiliar na escolha do assunto como: Observação da prática clínica e novas hipóteses de um determinado tratamento; Hipóteses formuladas, não postas em práticas; Descoberta de lacuna no conhecimento/ conhecimento inconsistente; Revisões sistemáticas prévias; Demanda governamental (prioridades, medicações de alto custo) e, curiosidade pessoal.

A formulação de uma boa pergunta é o passo mais importante de uma pesquisa ou de um interesse pessoal e deve ser baseada através do processo da saúde baseada em evidência. Este diminui as possibilidades de ocorrerem erros sistemáticos (vieses) durante a elaboração do planejamento em saúde ou de um projeto de pesquisa (El Dib, 2007).

1.2 – Características da questão da pesquisa

Algumas perguntas devem ser realizadas para ver se a questão de pesquisa é viável. Exemplos: Qual a situação clínica (qual é a doença)? A questão é passível de resposta? É de interesse? É nova? Qual é o tratamento de interesse a ser testado ou aplicado? É relevante?

As características da questão da pesquisa trazem dois exemplos de abordagens dentro do contexto das evidências científicas.

No primeiro exemplo, une-se três elementos: problema (P), preditor (P) e resultado (R). Em pacientes adultos com cardiomiopatia dilatada e em ritmo sinusal, o acréscimo de anticoagulante oral à terapêutica habitual da insuficiência cardíaca determina uma menor mortalidade e melhoria da qualidade de vida (LOPES, 2000) (Figura 2).

Elementos da questão clínica			
	1 – Problema (P)	2 – Preditor (P) (fator de risco, de prognóstico, ou intervenção)	3 – Resultado (R)
Pontos a serem observados ao construir a questão	Tome por base o paciente e descreva o problema, balanceando precisão e prolixidade	Perguntas; que fator de resultado estou considerando? Qual a alternativa a ser comparada? Seja o mais específico possível.	Pergunte: O que se espera alcançar? O que pode realmente ocorrer devido à exposição a este fator? Seja específico.
Exemplo 1: Em pacientes adultos com cardiomiopatia dilatada e em ritmo sinusal, o acréscimo de anticoagulante oral à terapêutica habitual da insuficiência cardíaca determina uma menor mortalidade e melhoria da qualidade de vida?		Exemplo 2: Em crianças febris (temperatura > 38°C) e com idade >= 2 anos, atendidas na emergência, a determinação da frequência respiratória, acompanhada de critérios que permitam separar quem tem taquipneia de quem tem frequência respiratória normal, ajuda a estimar a probabilidade de pneumonia e a reduzir a necessidade de RX de tórax, sem piorar o prognóstico?	

Figura 2: Elementos da questão clínica
Fonte: Lopes, 2000

O segundo exemplo, pode ser subdividido em duas questões: Questões básicas e clínicas.

As questões básicas são perguntas que possuem duas características principais (Nobre et al. 2003):

- um pronome ou advérbio interrogativo associado a um verbo: por que, como, quando, onde, quem, o quê, qual;
- uma doença ou um aspecto desta que envolvam comunidade, por exemplo: Qual a causa da pneumonia comunitária? Qual a sua frequência populacional?

As questões clínicas são relacionadas ao conhecimento a respeito do cuidado aos pacientes com uma determinada doença, possuindo quatro componentes principais fundamentais da questão de pesquisa e da construção da pergunta para busca de evidências denominados de PICO (Santos et al., 2007).

- P*: Paciente ou população ou problema (idade, sexo, risco de base, doença principal, comorbidades, presença ou ausência de sintomas, tempo de doença);
- I*: intervenção ou indicador (diagnóstico, terapêutica, etiologia, dano ou indicador prognóstico);
- C*: comparação ou controle (placebo, ou outra intervenção diagnóstica ou terapêutica);
- O*: “outcome”, que na língua inglesa significa desfecho clínico, resultado ou, por fim, a resposta que se espera encontrar nas fontes de informação científica (intermediários, morte, recorrência, prognóstico, qualidade de vida, sinais e sintomas).

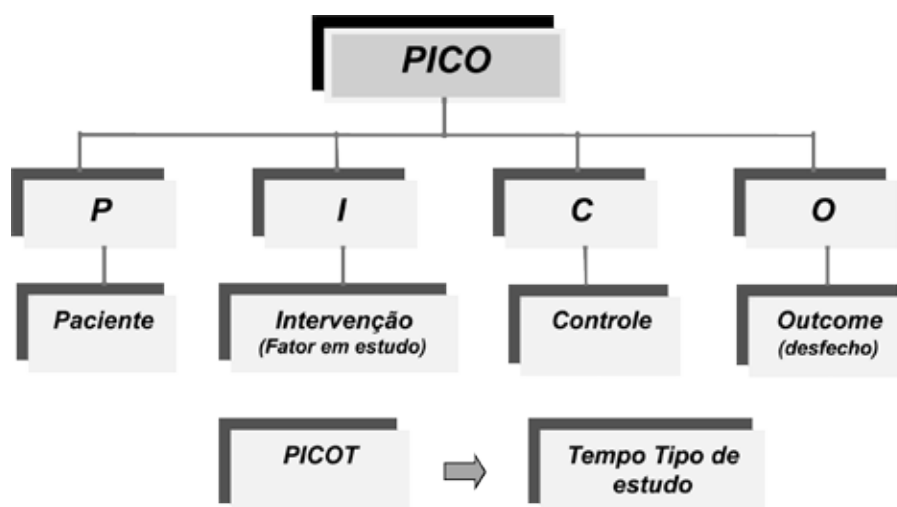


Figura 3: Componentes fundamentais para a questão clínicas

Fonte: Elaborado pela própria autora (baseado em informações de Santos et al., 2007)

Com o passar do tempo as questões básicas tendem a diminuir, dando lugar a uma quantidade cada vez maior de questões clínicas. Não podemos deixar de salientar que a prática clínica diária, sobretudo baseada em evidências, exige que usemos grande quantidade de conhecimento, tanto básico como clínico. As questões surgem sendo, muitas vezes, centradas no cuidado aos pacientes ou no meio em que ele vive (Nobre et al., 2007).

As questões clínicas (PICO) apresentam quatro diretrizes principais: questões sobre diagnóstico, tratamento, prognóstico ou prevenção. Para cada uma dessas questões exemplificaremos dentro dos desenhos de estudo no tópico “Tipos de estudo”.

2- TIPOS DE ESTUDO

Os estudos científicos realizados na área de saúde são norteados pelos níveis de evidência. As perguntas sobre diagnóstico, tratamento, prognóstico ou prevenção são diretrizes dos estudos clínicos. E, para cada uma dessas perguntas, existem desenhos de estudos adequados. Para questões sobre diagnóstico (acurácia); para tratamento (ensaio clínico controlado randomizado); para prognóstico (os estudos de coorte são os mais adequados); para prevenção (ensaios clínicos controlados randomizados) (Marques & Peccin, 2005; Almeida Filho & Barreto, 2011).

Os estudos epidemiológicos podem ser classificados em observacionais e experimentais. Nos estudos experimentais os indivíduos são alocados para dois ou mais grupos para receberem uma intervenção ou exposição e são acompanhados sob condições controladas. Os estudos observacionais têm o objetivo de investigar, registrar (intervenções ou fatores de risco) e observar desfechos à medida que elas ocorram. Tais estudos podem ser puramente descritivos ou analíticos (Gordis, 2010; Almeida Filho & Barreto, 2011):

- Analíticos: Os estudos incluem grupos pareados de indivíduos e avaliam associações entre exposições e desfechos.
- Descritivos: Os estudos medem frequência de vários fatores e consequentemente o tamanho do problema. Determinam, também, a distribuição da doença ou condições relacionadas à saúde, observando o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos.

A epidemiologia descritiva examina como a incidência (casos novos) ou a prevalência (casos existentes) de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características (sexo, idade, escolaridade e renda) entre outras (Gordis, 2010).

Os diferentes tipos de estudos estão sistematizados em uma hierarquia descendente (do que apresenta menos viés até o que apresenta mais viés) na Figura 4.

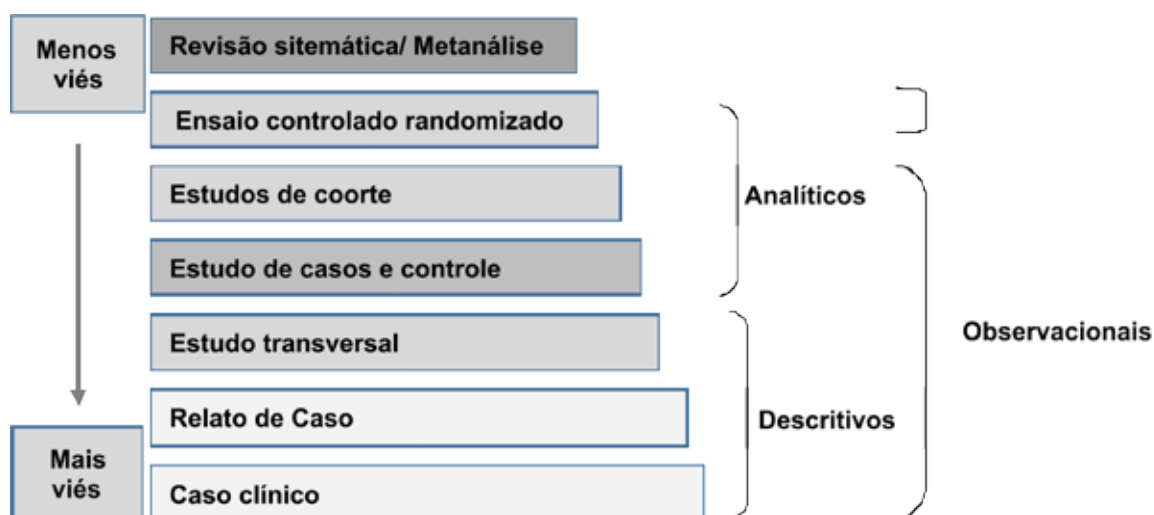


Figura 4: Hierarquia dos tipos de estudo

Fonte: Elaborado pela própria autora

As revisões sistemáticas com metanálises encontram-se no nível mais alto da hierarquia e as que possuem menor possibilidade de viés (será abordada com maiores detalhes no Tópico 3) e, na sequência, os estudos clínicos randomizados, de coorte, de caso-controle, transversal, relato de caso e caso clínico. Cada tipo de estudo possui suas vantagens e desvantagens, por isso é necessário identificar e avaliar se possuímos meios e instrumentos necessários para a realização deles. Além disso, a questão da pergunta está relacionada ao tipo do estudo. A seguir descreveremos os tipos de estudos e, respectivo, PICO.

2.1 – ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Os ensaios clínicos randomizados são foco de interesse das revisões sistemáticas, sendo padrão ouro para avaliar intervenções. Usado como padrão de referência de pesquisas em epidemiologia é a melhor fonte de evidência científica disponível.

Trata-se de um estudo prospectivo que compara dois grupos de indivíduos que foram distribuídos de forma aleatória através da técnica de randomização. Esta visa distribuir igualmente riscos e benefícios. Assim, os grupos experimental e de controle são formados por processo aleatório de decisão (Nobre et al. 2004; Gordis, 2010).

Para elaborar um ensaio clínico controlado randomizado há um guia com parâmetros a serem seguidos (MOHER et al., 2001) ou CONSORT (<http://www.consort-statement.org/>). Os principais parâmetros são: Tamanho da amostra; Indivíduos alocados por meio de randomização (exemplo, através de uma tabela de números randômicos gerados por computador); Sigilo na alocação (os participantes devem ter a mesma chance de serem alocados para um ou outro grupo do estudo); Seguimento deve ser completo (Em caso haja desistência ou perdas de pacientes, as análises dos resultados devem ser feitas por intenção de tratar); Mascaramento, sempre que possível, do pesquisador, do paciente e dos avaliadores (estudo duplo cego ou triplo cego).

Exemplo: Em pacientes com fibrilação atrial, a dabigatrama reduz a incidência de AVC isquêmico quando á varfarina?

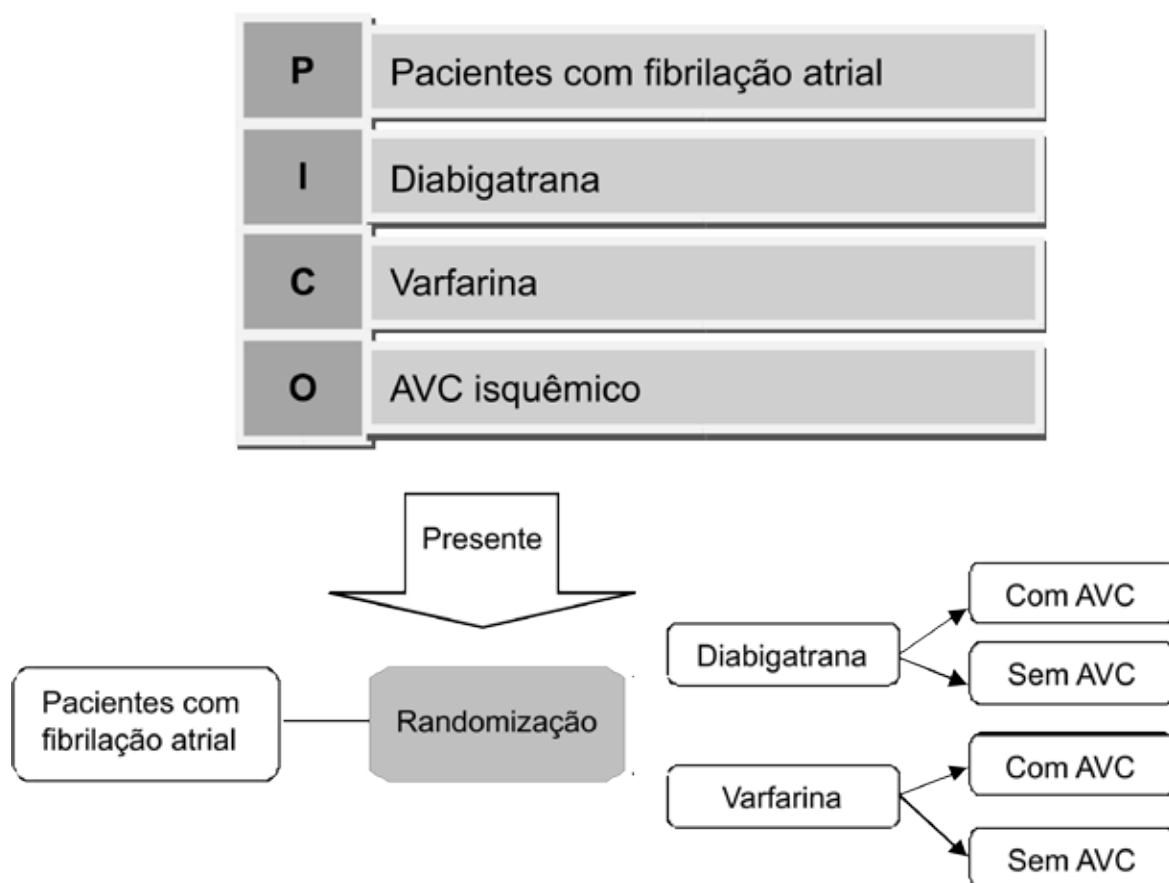


Figura 5: Esquema de Ensaio Clínicos Randomizados

Fonte: Elaborado pela própria autora

2.2 – ESTUDO DE COORTE

Trata-se de estudo longitudinal, prospectivo e observacional, no qual um grupo definido de indivíduos (coorte) é acompanhado durante um período de tempo. Os desfechos são comparados a partir da exposição, ou não, a uma intervenção ou a outro fator de interesse. Os indivíduos são catalogados por

um pesquisador em expostos e não expostos ao fator de estudo, segue-os por um determinado período e, no final, verifica a incidência da doença entre os dois grupos comparando-os (Atallah & Castro, 1998; Gordis, 2010).

Há dois tipos de Coorte:

- 1- Prospectivo – os integrantes são selecionados no momento inicial e acompanhados ao longo do tempo para identificação dos casos da doença que venham a ocorrer. Passos a serem seguidos: objetivo claramente definido; definição da população-alvo e da população de estudo; critérios de seleção dos indivíduos que participarão do estudo e de classificação da exposição; critérios diagnósticos, tempo de seguimento; descrição do processo de amostragem; e análise dos dados.
- 2- Retrospectivo – Mesmos passos do anterior a diferença é que a exposição já ocorreu no passado.

Exemplo: O tabagismo aumenta o risco para falha de implante dentário?

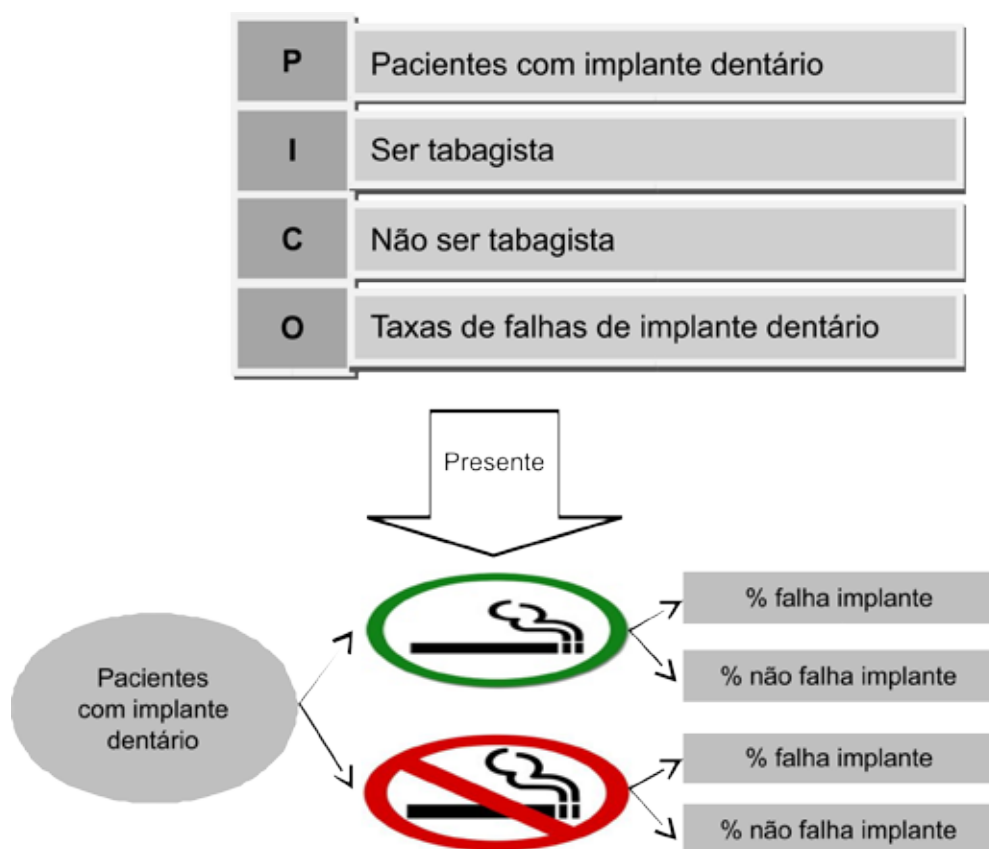


Figura 6: Esquema do estudo de Coorte

Fonte: Elaborado pela própria autora

2.3 – ESTUDO DE CASO – CONTROLE

O estudo de caso – controle é do tipo retrospectivo, o pesquisador busca localizar os possíveis fatores de risco a que essa amostra com a doença foi exposta anteriormente. Neste esse tipo de estudo, também, já houve a exposição à doença, porém, diferentemente do coorte retrospectivo, a catalogação dos indivíduos não é feita com base na exposição (presente ou ausente), mas no efeito (doença presente ou ausente) (Gordis, 2010). Os doentes são chamados casos e os não-doentes são chamados controles.

É indicado para a identificação de fatores de risco em doenças raras, também em surtos epidemiológicos onde haja necessidade de identificação rápida dos fatores de risco. Porém, nos estudos caso-controle podem ocorrer dois tipos de vieses (erro sistemático no estudo): Seleção (erro na seleção de participantes) e de memória (capacidade de lembrar a história da exposição) (Gordis, 2010; Almeida & Barreto, 2011).

Exemplo: A ingestão de carne vermelha e embutidos está associada à incidência de câncer colorretal em adultos a partir de 50 anos?

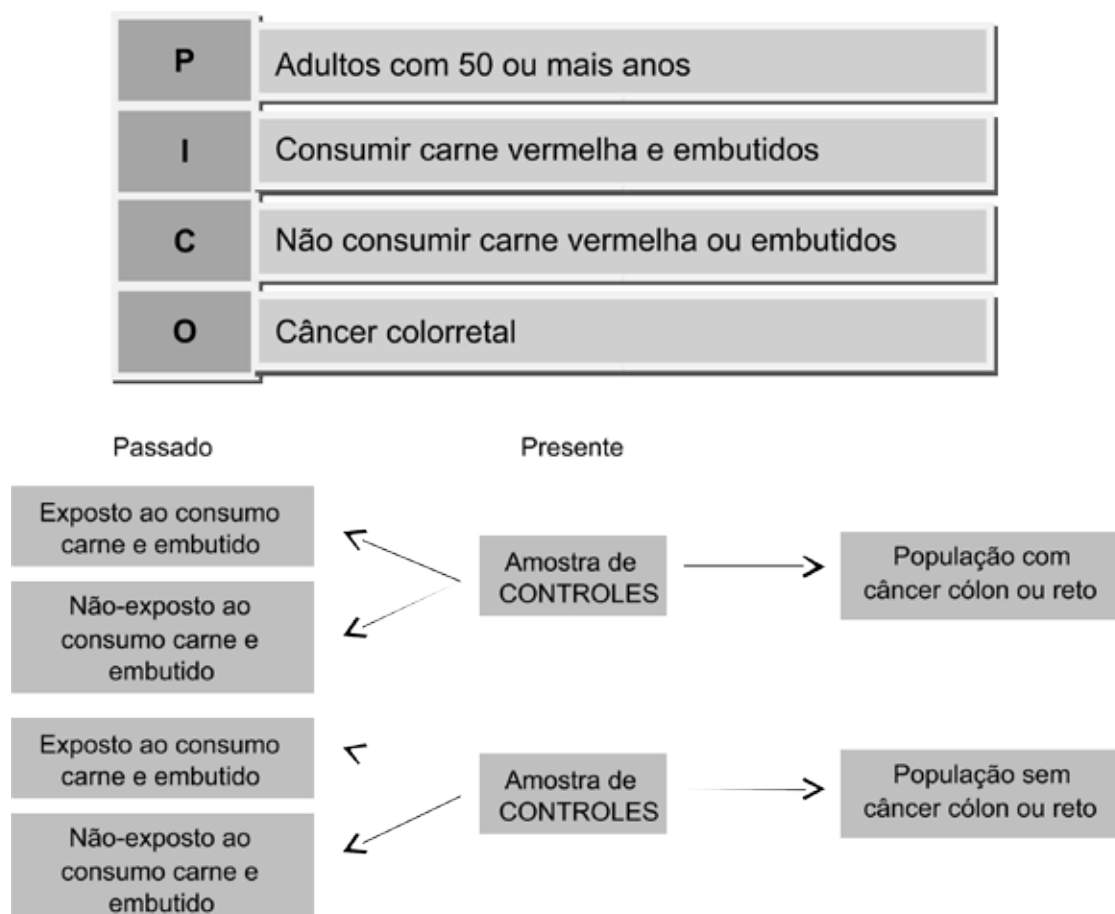


Figura 7: Esquema do estudo caso – controle

Fonte: Elaborado pela própria autora

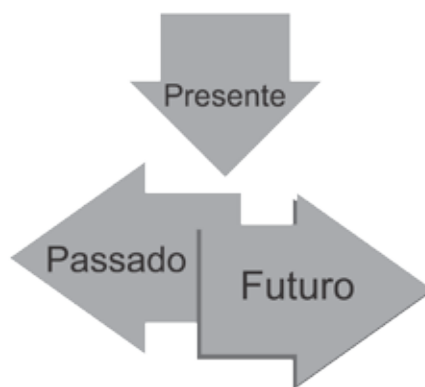
2.4 – ESTUDOS TRANSVERSAIS

Os estudos transversais constituem uma subcategoria dos estudos observacionais. As seguintes etapas envolvem a planejamento deste estudo: objetivo claramente definido; definição da população-alvo e da população de estudo; determinação dos dados a serem coletados; critérios para classificação dos indivíduos e critérios diagnósticos; critérios para medir exposição; instrumentos de medida, definição e descrição do processo de amostragem; organização do trabalho de campo e análise dos dados (MARQUES; PECCIN, 2005; Gordis, 2010). Os tipos de estudos epidemiológicos também apresentam uma sugestão de padronização de critérios pelo STROBE (<http://www.strobe-statement.org/>).

Exemplo: Qual a prevalência de depressão na população desempregada na região nordeste?

P	Pessoas que residem na região nordeste
I	Estar desempregado
C	Não estar desempregado
O	Depressão

“Corte instantâneo”
Examina-se simultaneamente o fator de exposição e o desfecho



Dificuldade para estabelecer causalidade

Figura 8: Esquema do estudo transversal
Fonte: Elaborado pela própria autora

2.5 - RELATO DE CASO

Relato de caso trata-se descrever detalhadamente casos clínicos, apresentando um evento raro ou uma intervenção (Fletcher et.al., 1996).

Exemplo: AIDS – Junho/ 1981.

- 5 homossexuais masculinos, jovens, com pneumonia por *P. carinii*
- Todos com infecção atual ou prévia *Candida albicans*
- Não se conheciam
- Três com Linfócitos T diminuídos
- Todos usuários de drogas inalantes e endovenosas
- Dois com grandes números de parceiros

2.6 – CASO CLÍNICO

Trata-se de estudo com número maior de pacientes, em geral mais de dez, podendo ser retrospectivo ou prospectivo (Fletcher et al., 1996). É a descrição detalhada de casos clínicos contendo características importantes sobre os sinais, sintomas. Possuem indicação clara em situações de doenças raras, para as quais tanto o diagnóstico como a terapêutica não estão claramente estabelecidos na literatura científica (PARENTE et al., 2010).

3 – REVISÃO SISTEMÁTICA COM METANÁLISE

A revisão sistemática (RS) é um tipo de estudo secundário que reúne, de forma organizada, resultados de pesquisas clínicas. Para todas as perguntas, podem existir revisões sistemáticas da literatura com respostas. Além disso, é um importante recurso da prática da saúde baseada em evidências com o objetivo de facilitar as decisões clínicas e elaboração de diretrizes (Naylor, 1997; Sampaio & Mancini, 2007, Cochrane, 2015).

Pode ou não ser acompanhada de metanálise, que é um método estatístico somatório dos resultados de dois ou mais estudos primários (Athala et al., 2004).

A partir da pergunta clínica faz-se um esquema sistemático do conhecimento, buscando-se ensaios clínicos de qualidade. E, para isso, há alguns passos que devem ser seguidos sistematicamente por dois pesquisadores.

Passos para elaboração da RS (Cochrane, 2015):

- 1° – Formulação da pergunta (A pergunta é relevante? O assunto é amplo ou limitado?)
- 2° – Definição dos Critérios de elegibilidade dos estudos (Através do PICO)
- 3° – Localização e seleção dos estudos (Busca nas bases de dados eletrônicas, exemplo, PubMed, Web of knowledge) – Este item será melhor explorado em outro tópico.
- 4° – Coleta dos dados (Através de um formulário padronizado que poderá conter dados do tipo de estudo; participantes; tipo de intervenção; desfechos clínicos; resultados.)
- 5° – Avaliação crítica dos estudos (Instrumentos de auxiliares a avaliação; Delfhi; Jadad; Mass-tricht) Este item será melhor explorado em outro tópico.
- 6° – Análise e apresentação dos dados (Análise estatística através da metanálise – este passo pode ou não ocorrer).
- 7° – Interpretação dos resultados (após o fichamento – a experiência dos revisores é fundamental).

Importante salientar que a RS pode ser reproduzida ou criticada e, esta crítica pode ser reproduzida ou criticada, podendo ser incorporada em sua publicação eletrônica. Além disso, a RS pode ser facilmente atualizada. E, as suas conclusões, também, podem ser aplicadas na prática clínica, levando-se em consideração o paciente e o contexto em que essa será implementada (Franco & Passos, 2011).

A RS pode apresentar resultados conclusivos, favoráveis ou não a uma determinada intervenção, ou ainda pode ser inconclusiva, no caso de não haver estudos de qualidade suficiente para confirmar ou refutar qualquer intervenção.

Saiba Mais:

- O método de uma Revisão Cochrane inclui a definição do tema e seu registro, isto ocorre para se evitar duplicação de temas (Cochrane, 2015).
- A Colaboração Cochrane é uma organização internacional que tem como objetivos preparar, manter e assegurar o acesso a revisões sistemáticas sobre efeitos de intervenções na área da saúde. Foi criada no Reino Unido em 1993. O Centro Cochrane do Brasil existe desde 1997, na Universidade Federal de São Paulo (www.cochrane.org ou www.centrocochranedobrasil.org).

3.1 – METANÁLISE

A metanálise ou meta-análise (do grego μετα, “depois de/além”, e ανάλυση, “análise”; sinônimos: *quantitative review*; *pooling*; *quantitative synthesis*) é um método estatístico especialmente desenvolvida para integrar os resultados de dois ou mais estudos independentes, sobre uma mesma questão de pesquisa, combinando, em uma medida resumo, os resultados de tais estudos. Revisões sistemáticas com meta-análise são a principal diretriz que orienta as práticas de saúde baseada em evidências (Higgins & Green, 2009).

3.1.2 – Importância da Metanálise

- Aumenta o poder estatístico em caso de estudos inconclusivos;
- Estima com maior precisão o efeito do tratamento ou incidência de eventos adversos;
- Permite explorar controvérsias em casos de estudos com inconsistência de resultados;
- Permite análise mais consistente de subgrupos;
- Permite estimar o tamanho de amostra “Ideal”
- Responde questionamentos não necessariamente abordados pelos estudos individuais;
- Autonomia do conhecimento;

3.1.2 – Limitações da Metanálise

- Pesquisa retrospectiva;
- Viés de publicação: publicação menos frequente de estudos negativos;
- Viés de interpretação: subjetividade na escolha dos estudos;
- Dispendioso de tempo;
- Variações clínico-epidemiológicas (heterogeneidade clínica): pacientes, tratamentos, fatores de confundimento, condições associadas;

3.1.3 – Interpretação da Metanálise

A figura 9 a seguir é um exemplo de um gráfico de uma revisão sistemática com metanálise. Os autores fizeram uma revisão sistemática intitulada: “*Is non-cavitated proximal lesion sealing an effective method for caries control in primary and permanente teeth? A systematic review and meta-analysis*” (Ammari et al., 2014). Vários desfechos foram medidos e a metanálise somou os resultados desses desfechos. O gráfico abaixo é a soma de resultados de cinco estudos (Correia et al. 2012, Martignon et al. 2012; Meyer-Luckel et al. 2013, Peters et al. 2013) para o desfecho “selamento”.

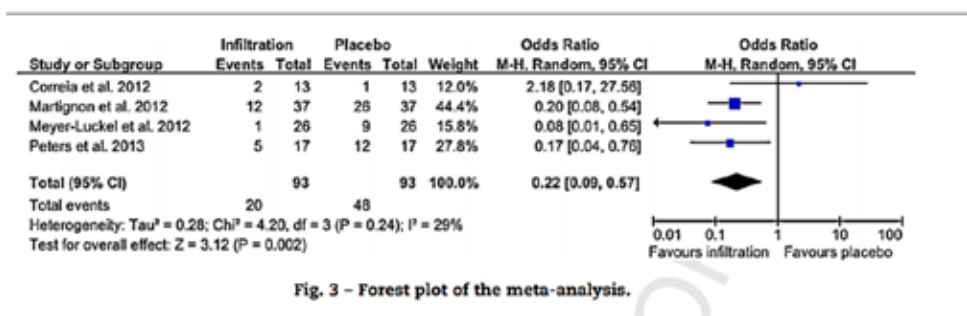


Figura 9: Exemplo de um gráfico de uma revisão sistemática com metanálise.

Fonte: Ammari et al., 2014

Nas colunas estão os estudos, o tamanho da amostra (total) e o número da amostra que ocorreu os eventos das duas amostras de comparação (Events e Placebo). O gráfico é dividido por uma linha vertical que marca o efeito nulo, ou seja, onde o *odds ratio*, ou o risco relativo, é igual a 1. A linha horizontal representa o efeito do tratamento. Cada estudo é representado por uma linha horizontal com um ponto estimado e um intervalo de confiança (representado pela extensão da linha horizontal). Um intervalo de confiança de 95% é o intervalo onde as proporções de eventos (Events/placebo) seriam verificadas em 95% das vezes, se o mesmo estudo fosse repetido 100 vezes. À esquerda da linha vertical, estão os resultados favoráveis à intervenção testada (Events) e à direita os resultados favoráveis à intervenção comparada (placebo). Nesse gráfico os resultados estão à esquerda, ou seja, favoráveis à intervenção testada (Events). Se os resultados estivessem à direita, poderiam representar um aumento de risco com a nova intervenção, ou que o placebo teria apresentado melhores resultados que o selamento (Events). Quando a linha horizontal cruza a linha vertical (efeito nulo) significa que não houve diferença entre as intervenções.

Isso pode acontecer em todos os estudos ou para alguns deles. Por exemplo, nessa mesma figura 9, podemos observar que o artigo publicado por Correia et al., 2012, não apresenta dados favoráveis ao selamento dos dentes, contudo a somatória dos estudos (representada pelo losango final) mostrou efeito favorável. Sempre que o intervalo de confiança não ultrapassa a linha vertical, o valor de “p” é menor que 0,05 (nível de significância estatística preestabelecido pelo estudo). Também, quanto maior o tamanho da amostra e a quantidade de eventos, menor é o intervalo de confiança (Higgins & Green, 2009).

Glossário

Valor de p (p-Value): a probabilidade (variando de 0-1) de que os resultados observados em um estudo possam ter ocorrido por acaso. Em uma metanálise o valor de p para o efeito geral avalia a significância estatística geral da diferença entre os grupos de intervenção (Higgins & Green, 2009).

A metanálise não deve ser feita quando há variações consideráveis dos resultados dos estudos (heterogeneidades clínica, metodológica e estatística) (Higgins & Green, 2009).

DICA:

Assistam o vídeo que resume a Revisão Sistemática com Metanálise. <https://youtu.be/3DiYW6tM7kY>

4 – BUSCANDO POR EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

As bases de dados permitem ampliar a qualidade das buscas bibliográficas, visto que essas bases proporcionam diversificados pontos de acesso e recuperação da informação. Esses sistemas possibilitam o planejamento de estratégias de busca com maior nível de complexidade envolvendo vários conceitos na mesma estratégia; permitem a utilização de busca de palavras apenas dos títulos e resumos dos documentos; buscam os termos específicos de linguagens controladas, nos campos de descritor; buscam por autores, por ano de publicação, por títulos de periódicos, por classificação; permitem, também, a busca de conceitos compostos ou simples e a possibilidade de truncagem de raízes de palavras e de substituição de caracteres no meio dos termos, entre outros recursos de recuperação (LOPES, 2002).

As bases de dados podem ser:

- Textuais – são base cujo conteúdo apresenta o texto completo – artigos de revista, livros e teses. Exemplo: Base SciELO (Scientific Eletronic Library Online – <http://www.scielo.org>) e periódicos da CAPES.
- Referenciais – são bases cujo conteúdo apresenta catálogos e coleções de bibliotecas – exemplo DECS (Descritores em Ciências da Saúde);

- Bibliográficas, nas quais o conteúdo apresenta referências de documentos (artigos de revistas, livros e teses) com ou sem resumos – exemplos, Medline, Lilacs, Web of Science.

As bases de dados utilizam um processo chamado de indexação, para catalogar os artigos. Cada base possui uma lista de periódicos, que podem ser encontrados em mais de uma delas.

4.1 – DESCRITORES

A BIREME criou em 1986 os DeCS (Descritores em Ciência da Saúde) para indexar artigos, revistas e outros materiais, que são vocabulários estruturados e trilingues usados na recuperação de assuntos da literatura científica na MEDLINE e LILACS. Os DeCS foram desenvolvidos a partir do MeSH (*Medical Subject Headings*) da U.S. *National Library of Medicine* (utilizado na Pubmed). O objetivo é o uso de uma terminologia comum e em três idiomas, para a recuperação de informações. Tanto os vocabulários controlados quanto os não controlados podem ser usados para localizar as informações.

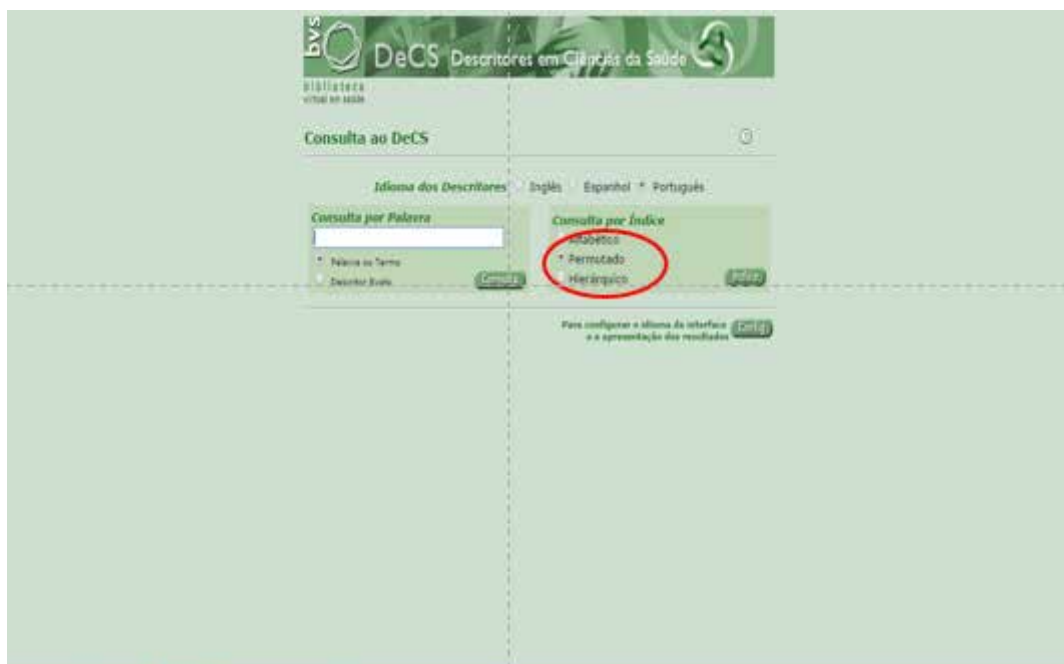
Os DeCS são vocabulários controlados e estruturados em 20 categorias, incluindo as categorias de Ciência e Saúde, Homeopatia, Saúde Pública e Vigilância Sanitária. Ele é composto por 215437 descritores e definições nos três idiomas (Bireme,2015). A sua atualização é anual.

4.1.1 – Identificando os DeCS

- Para identificar os DeCS, acesse www.bvs.br, clique em “Decs – Terminologia em saúde”, depois clique em “Consulta ao Decs”. (Todas as figuras à seguir foram acessadas em Setembro, 2015 e estão disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>).



- b) Escolha o idioma do descritor (inglês, espanhol ou português), depois “Palavra ou Termo”. Escolha, na “Consulta por Índice”, o índice “Permutado” – que buscará os descritores de forma permutada, ou seja, por qualquer palavra que compõe o descritor.



Exemplo: Escolha português, palavra ou termo, índice permutado, a palavra “Cirurgia”. Clique em “Consulta”.

- c) Aparecerão então os seguintes descritores em português, inglês e espanhol: *Ambulatory Surgical Procedures*; *Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios* e *Procedimentos Cirúrgicos Ambulatórios*.

1/1	DeCS
Descritor Inglês:	Ambulatory Surgical Procedures
Descritor Espanhol:	Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios
Descritor Português:	Procedimentos Cirúrgicos Ambulatórios

Após encontrar os descritores, para processar a busca, podemos combiná-los entre si, utilizando os operadores booleanos: AND, OR ou AND NOT, segundo a lógica dos conjuntos:

- AND – encontra documentos que contenham um e outro assunto;
- OR – encontra documentos que contenham um ou outro assunto;
- AND NOT – encontra documentos que contenham um assunto e exclui outro assunto não desejado.

4.2 – BASES DE DADOS

Neste subtópico iremos fornecer três exemplos de bases de dados (Medline, Cochrane e PubMed).

4.2.1 – MEDLINE

Para acessar o conteúdo do MEDLINE, primeiramente você deverá se conectar ao site da Biblioteca Virtual em Saúde (www.bvs.br) e, no item “Ciência da Saúde em Geral”, clicar em “MEDLINE – Litera-

tura Internacional em Ciências da Saúde”. (Todas as figuras a seguir estão disponíveis em: <<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>>. Acesso em: Setembro/ 2015.



Selecione as palavras-chave do assunto a pesquisar: obesidade, fatores de risco. Será utilizada primeiramente a palavra “Fluorose” e depois adicione a segunda palavra “Adolescentes” utilizando o AND e a seguir clique em consultar:



A busca gerou um número muito alto de publicações. Podemos ser mais específicos. Para isso, poderá ser utilizado o recurso de refinar.

652

Pesquisa em bases de dados

base de dados: MEDLINE

Pesquisa: fluorose [Palavras] and adolescents [Palavras]

Referências encontradas: 652 [refinar]

Mostrando: 1 - 10 [detalhar]

página 1 de 66

ir para página: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 >

A busca gerou muitos resultados Vamos refinar

[P] Tipo de publicação: JOURNAL ARTICLE
[I] ISSN: 1840-2879
[C] País de publicação: Bosnia and Herzegovina
[L] Idioma: eng
[A] Resumo: UNLABELLED: Water fluoridation, is the controlled addition of fluoride to the water supply, with the aim of reducing the prevalence of dental caries. Current estimates suggest that approximately 370 million people in 27 countries consume fluoridated water, with an additional 50 million consuming water in which fluoride is naturally occurring. A pre-eruptive effect of fluoride exists in reducing caries levels in pit and fissure surfaces of permanent teeth and fluoride concentrated in plaque and saliva inhibits the demineralisation of sound enamel and enhances the remineralisation of demineralised enamel. A large number of studies conducted worldwide demonstrate the effectiveness of water fluoridation. Objections to water fluoridation have been raised since its inception and centre mainly on safety and autonomy. Systematic reviews of the safety

Podemos ser mais específicos, por exemplo, queremos artigos sobre fluorose em adolescentes brasileiros. Para isso, basta acrescentar Brasil.

Refinar a pesquisa

Base de dados: MEDLINE

Formulário avançado

Pesquisar no campo

1 fluorose Palavras índice

2 and adolescents Palavras índice

3 and Brasil Palavras índice

[Pesquisar]

Search engine: IAH v2.6 powered by WUSTSIS

BIREME/OPAS/OMS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

A busca reduziu de 652 artigos para 27. A busca mostrará todos os documentos encontrados com os descritores que foi utilizado. Para acessar o artigo basta clicar texto completo. Lembrando que nem todos os artigos estão disponíveis nas bases.

27

Acesso do texto completo

Pesquisa em bases de dados

bvs biblioteca virtual em saúde

Base de dados: MEDLINE

Pesquisa: fluorose (Palavras) and adolescents (Palavras) and Brasil (Palavras)

Referências encontradas: 27 [atras]

Mostrando: 1..10: no formato [Detalhado]

página 1 de 3

ir para página 1 2 3

1 / 27

selecione

para imprimir

Favorito

Texto completo: SciELO Brasil

[PMID] 23459772

[Au] Autor: Almeida ME, Teixeira AK, Alencar CH, Paiva SM, Abreu MH

[Ad] Endereço: Univ Federal do Ceará - UFC, School of Pharmacy, Dentistry and Nursery, Department of Dental Clinics, Fortaleza, CE, Brazil

[Ti] Título: Agreement between parents and adolescents on dental fluorosis: a population-based study

[So] Source: [Braz Oral Res](#) 27(2):91-6, 2013 Mar-Apr.

[Is] ISSN: 1807-3107

[Co] País de publicação: Brazil

[Id] Idioma: eng

[An] Resumo: This study evaluated the prevalence and severity of dental fluorosis and compared the reports from adolescents aged 12 to 18 years with those of their parents regarding the perceptions and concerns arising from this disease. The study was conducted in the cities of Viçosa and Sobral and the District of Rafael Arruda (Sobral), Ceará. A cross-sectional study was conducted from October 2010 to March 2011, with 891 students examined and 780 parents or guardians interviewed. Dental fluorosis was measured using the Dean's Index, and the Child's and Parent's Questionnaire about Teeth Appearance was used to assess the reports from parents and adolescents. A chi-squared test for trends was used to compare the opinions of parents and adolescents about fluorosis, and the agreement was measured using the weighted kappa. For the dichotomous variables, we used

4.2.2 – COCHRANE

Para acessar a base Cochrane podemos ir por dois caminhos. O primeiro é acessar pela BIREME e a segunda é pelo link: <http://cochrane.bvsalud.org/>

bvs biblioteca virtual em saúde

Biblioteca Virtual em Saúde

Fontes de Informação

Literatura Científica e Técnica

Ciências da Saúde em Geral
LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, SciELO

Portal de Evidências
Revisões Sistemáticas, Ensaios Clínicos, Sumários de Evidência, Avaliações Econômicas em Saúde, Avaliações de Tecnologias em Saúde, Diretrizes para Prática Clínica

Áreas Especializadas
CidSaúde, DESASTRES, HISA, HOMEINDEX, LEYES, MEDCARIB, REPIDISCA

Organismos Internacionais
PAHO, WHOIS

LIS- Localizador de Informação em Saúde

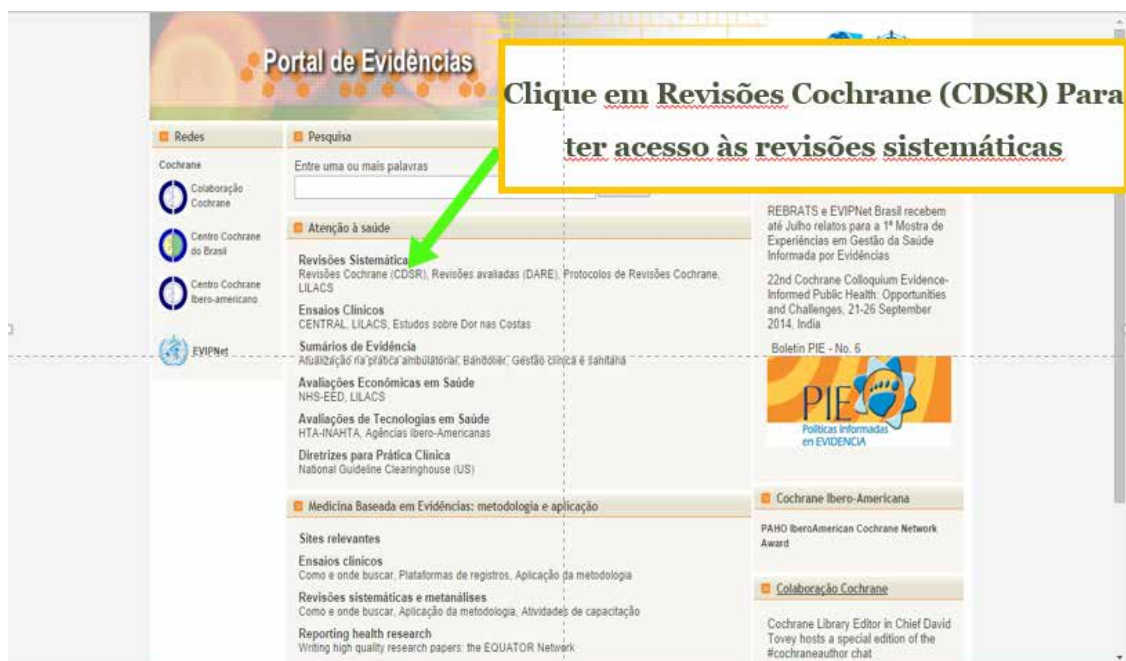
DeCS- Terminologia em Saúde

Acesso a Documentos
SCAD- serviço de cópia de documentos, Catálogo de revistas científicas

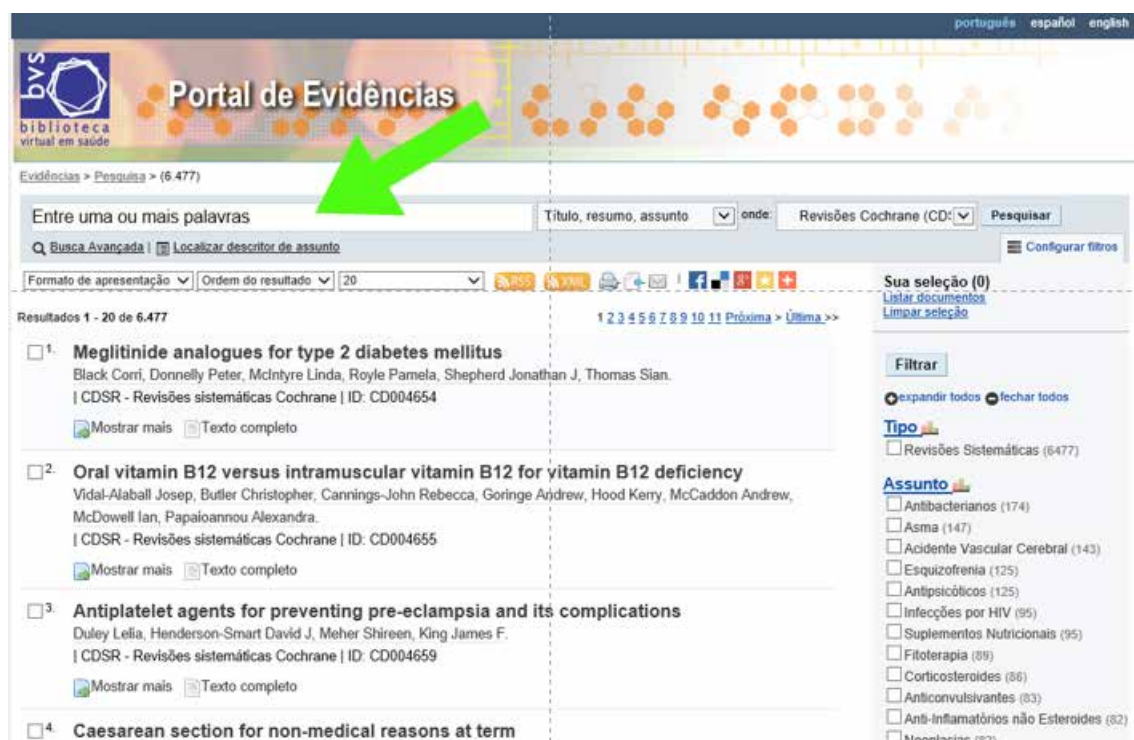
Diretórios, Portais
Diretório de eventos
Diretório da rede BVS

Redes Sociais
f t You Tube

Rede de Notícias
BIREME define metodologia para "Riacho de Experiências"
Gerente de KMC e equipe visitam a BIREME
Globalização e equidade em saúde rumo ao desenvolvimento sustentável
Biblioteca Virtual de Saúde da BIREME chega a todos os países lusófonos
Emprego e condições de trabalho para o desenvolvimento sustentável - tema desta semana do Seminário SDE-Rio+20
BVS Moçambique realiza oficinas de trabalho sobre o Modelo da BVS
Consultora do Projeto eSAC visita BIREME para identificar oportunidade de cooperação
BVS Fronteira México-Estados Unidos promove capacitação
OPAS/OMS abre vaga na BIREME para profissional na área de Gestão do Conhecimento e Comunicações
DeCS 2012: revisão inclui 454 novos descritores



Para encontrar a Revisão sistemática. Basta digitar o tema.



4.2.3 – PubMed

Para acessar esta base digite o link: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>. Esta base busca artigos de revistas renomadas e de fontes seguras. O site é todo em Inglês e os descritores de busca a serem usados devem ser conferidos no MeSH. Este localiza-se na própria Pubmed.



5- AVALIAÇÃO CRÍTICA DA LITERATURA

Avaliar criticamente os estudos significa discernir sobre a validade dos resultados dos estudos e entender o quanto os possíveis defeitos dos estudos afetam seus resultados.

- **Validade interna:** é o grau pelo qual os resultados de um estudo estão corretos para a amostra de pacientes estudados. Relaciona-se à qualidade do delineamento, da condução e da análise da pesquisa (Fletcher et al., 1996).
- **Validade externa:** (capacidade de generalização): é o grau pelo qual os resultados de uma observação mantêm – se verdadeiros em outras situações. Refere-se à aplicabilidade dos resultados a outros pacientes (Fletcher et al., 1996).

Glossário

De um modo geral, bons estudos apresentam alguns critérios na sua estrutura:

- Título – deve ser informativo, deixando claro o tipo de estudo realizado.
- Resumo – deve ser claro, informativo e estruturado: composto de Introdução, Método, Resultados e Conclusões;
- Objetivo – pode estar no resumo ou no final da introdução;
- Método: Qual a pergunta (questão clínica) do autor?; O desenho do estudo está adequado para responder à questão clínica?; Como a amostra foi selecionada? Há descrição do tamanho da amostra?; Há grupo de comparação (controle)?

5.1 – Escalas de qualidade

O processo de avaliação da qualidade pode e deve ser complementado pelo uso de listas e escalas de qualidade. Uma dessas listas é a de Delphi (Verhagen et al., 1998) e duas escalas validadas são as descritas por Jadad (Jadad et al., 1996) e Maastricht (De Vet, 1997).

5.1.1 – Critério de Maastricht

O sistema de Maastricht foi proposto por pesquisadores da Universidade de Maastricht, Holanda. Esse sistema é composto por 47 subitens contidos em 15 itens principais, por sua vez distribuídos em cinco domínios: População do estudo, Intervenção, Cegamento, Resultados e Análise (De Vet, 1997; Verhagen et al., 1998b).

Os ensaios clínicos são avaliados quanto à apresentação e descrição adequada destes itens. Com relação à pontuação desse critério, são atribuídos pesos a cada um dos itens, que podem totalizar no máximo 100 pontos. Um ensaio clínico é classificado da seguinte forma: se receber menos de 50 pontos, é um estudo de qualidade pobre; entre 50 e 70 pontos, é de qualidade moderada; se receber mais de 70, é de boa qualidade.

5.1.2 – Lista de Delphi

A Lista de Delphi, publicada por Verhagen et al. (1998), é uma relação dos itens constantes em várias escalas e listas de avaliação da qualidade de ensaios clínicos aleatórios; foi submetida à análise de mais de 25 especialistas. Através da técnica do Consenso de Delphi, os 206 itens da lista inicial foram resumidos a nove, os quais avaliam três dimensões da qualidade: validade interna, validade externa e considerações estatísticas. Esse instrumento de avaliação da qualidade foi denominado Lista de Delphi. Não é descrito um cálculo de pontuação e todos os itens têm três opções de resposta: sim, não ou não sei. Os nove itens da escala de Delphi são descritos a seguir:

- I. A alocação dos pacientes foi aleatória?
- II. Se os indivíduos foram aleatorizados para os grupos de tratamento, foi mantido o sigilo da alocação dos pacientes?
- III. Os grupos eram compatíveis em relação às características mais importantes do prognóstico?
- IV. Os critérios de inclusão e exclusão foram especificados?
- V. Foi utilizado um avaliador independente para avaliar os resultados?
- VI. O responsável pelo paciente foi “cegado”?
- VII. O paciente foi “cegado”?
- VIII. As medidas de variabilidade e a estimativa pontual foram apresentadas para a variável principal?
- IX. O estudo incluiu uma análise por intenção de tratar?

5.1.3 – Escala de Jadad

Escala de qualidade descrita por Jadad et al. (1996), desenvolvida através da técnica de consenso de grupo nominal. Uma relação com os itens constantes em várias escalas e listas de critérios de avaliação de ensaios clínicos aleatórios foi construída por um painel multidisciplinar de seis especialistas, que a resumiram em três itens, diretamente relacionados com a redução de tendenciosidades (validade interna). Esse instrumento de avaliação da qualidade tem duas opções de resposta: sim ou não.

1.
 - a. O estudo foi descrito como aleatório (uso de palavras como “randômico”, “aleatório”, “randomização”)?
 - b. O método foi adequado?
2.
 - a. O estudo foi descrito como duplo-cego?

- b. O método foi adequado?
- 3. Houve descrição das perdas e exclusões? Pontuação: cada item (1, 2a e 3a) recebe um ponto para a resposta sim, ou zero ponto para a resposta não.
 - Um ponto adicional é atribuído se, no item 1b, o método de geração da sequência aleatória foi descrito e foi adequado; no item 2b, se o método de mascaramento duplo-cego foi descrito e foi adequado.
 - Um ponto é deduzido se, na questão 1b, o método de geração da sequência aleatória foi descrito, mas de maneira inadequada; na questão 2b, se foi descrito como duplo-cego, mas de maneira inadequada.

Será avaliado como um estudo de boa qualidade aquele que apresentar um resultado escore maior ou igual a 3.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não podemos deixar de ressaltar as vantagens de sínteses de evidências científicas. Uma delas é o resultado produzido pelas revisões sistemáticas com metanálise que, ao estabelecer critérios mínimos de risco de viés para a inclusão dos estudos, limita os erros sistemáticos, o que aumenta a chance de produzir conclusões válidas (redução de erro do tipo I). Outra vantagem é que ao realizar uma síntese quantitativa, são combinadas as amostras de vários estudos, reduzindo o erro amostral (erro tipo II). Como uma RS apresenta maior acurácia comparada aos estudos individuais, a variação e a incerteza sobre o tamanho dos efeitos de uma intervenção são reduzidas, oferecendo melhor suporte a processos de decisão sobre recomendações futuras das intervenções avaliadas.

Os críticos da MBE dizem que muitos profissionais da área de saúde já fazem isto em sua prática clínica. Também dizem que evidências científicas são, frequentemente, deficientes em muitas áreas do conhecimento médico. Dizem que a falta de evidência de benefícios e que a falta de benefícios não são a mesma coisa e que quanto mais dados são reunidos e agregados, mais difícil se torna a comparação dos resultados de uma pesquisa específica com aqueles do paciente que está sendo tratado.

A despeito de todos esses problemas, a MBE tem sido cada vez mais utilizada com sucesso. Desta forma, profissionais de área de saúde devem, sempre que possível, procurar basear seus pronunciamentos em referências da literatura relevantes. Assim, a Medicina Baseada em Evidências contrapõe-se a chamada Medicina Baseada na Autoridade.

Segundo a Medicina baseada em Evidências, apenas após a aplicação de um método estatístico adequado aos resultados de incidências de doenças (doentes e não doentes) de ambos os grupos, é que se poderá chegar à conclusão de qual seria a melhor intervenção.

7. REFERÊNCIAS

- Almeida Filho N, Barreto ML. Epidemiologia & Saúde – Fundamentos, Métodos, Aplicações. Guanabara Koogan. 2011: 699p.
- Ammari MM, et al. Is non-cavitated proximal lesion sealing an effective method for caries control in primary and permanent teeth? A systematic review and meta-analysis. Journal of Dentistry (2014).
- Atallah NA, Castro AA. Fundamentos da pesquisa clínica. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.
- Athala NA.; Peccin MS.; Cohen M; Soares BGO. *Revisões sistemáticas e metanálises em ortopedia*. São Paulo: Lopso, 2004
- Bennett S, Bennett JW. The process of evidence-based practice in occupational therapy: informing clinical decisions. Austral Occup Ther J. 2000; 47:171-80.
- BIREME. DeCS. Descritores em Ciências da Saúde (2011). Disponível em: <http://decs.bvs.br/>. Acesso em: 12/2011.
- Cochrane Collaboration, The. London: Cochrane [acesso 2015 set 15]. Disponível em: <http://www.cochrane.org/>
- El Dib RP. Como praticar a medicina baseada em evidências. J Vasc Bras. 2007; 6 (1):1-4.
- Fedorowicz, Z. & Fedorowicz, H. Evidence based healthcare. What are the limitations of its application and implementation in dentistry?. Braz J Oral Sci. 2005; 4(13):757-75.
- Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- Franco LJ, Passos ADC. (Organizadores). Fundamentos de Epidemiologia. 2. ed. Barueri: Editora Manole, 2011.
- Galvão CM, Sawada NO. Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2003; 56(1): 57-60.
- GORDIS, L. Epidemiologia. Revinter. 4ª ed. 2010.
- Higgins JPT, Green S. (Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.2 [updated September 2009]. The Cochrane Collaboration, 2009.
- Jadad AR, Moore RA; Carroll D, Reynolds DJ, Gavaghan DJ; McQuay HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? Controlled Clin Trials. 1996; 17(1):1-12.
- Larrabee, J. H. Prática Baseada em Evidências em enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- Lawrence A. Evidence Based Dentistry. 1998, 1:2-3.
- Lopes A A. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. Rev Ass Med Brasil. 2000; 46(3):285-8.
- Marques AP, Peccin MS. Pesquisa em Fisioterapia: a prática baseada em evidências e modelos de estudos. Fisioterapia e Pesquisa. 2005; 11(1):43-8.
- Moher D, Schulz KF. et al. The Consort Statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel group randomized trials. BMC Medical Research Methodology. 2001; 1(1):2.
- Naylor CD. Meta-analysis and meta-epidemiology of clinical research: meta-analysis in an important contribution to research and practice but it's not panacea. BMJ. 1997; 315(7109):9.
- Nobre MRC. et al. A prática clínica baseada em evidências. Rev Assoc Med Bras. 2003; 49(4):445-9.
- Santos CMC, Pimenta ACAM, Nobre MRC. A Estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007; 15(3).
- Parente et al. Relatos e Série de Casos na Era da Medicina Baseada em Evidência. Bras. J. Video-Sur. 2010; 3(2).

- Sackett DL et al. Evidence based Medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996; 312(7023):71.
- Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de Revisão Sistemática: Um Guia para síntese criteriosa da Evidência Científica. Rev. Bras. Fisioter. 2007; 11(1): 83-89.
- Stetler CB, Brunell M, Giuliano KK, Morsi D, Prince L, Newell-Stokes V. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. J Nurs Adm. 1998; 28(7-8):45-53.
- Verhagen AP, Vet HC, Bie RA, Kessels AG, Boers M, Bouter LM, Knipschild PG. The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomized clinical for conducting sistematic reviews developd by Delphi consensus. Journal Clinical Epidemiology. 1998; 51(2):1235-1241.
- Verhagen AP, Vet HC, Bie RA, Kessels AG, Boers M, Bouter LM, Knipschild PG. Balneotherapy and quality assessment: interobserver reliability of the Maastricht criteria list and the need for blinded quality assessment. Journal Clinical Epidemiology. 1998; 51(4):335 – 341.

CAPÍTULO 24 – PROMOÇÃO DA SAÚDE E O AMBIENTE DE TRABALHO SAUDÁVEL

Fábio Luiz Mialhe

Cirurgião Dentista. Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pela FOP UNICAMP, Pós-Doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública (FSP/USP). Professor Livre Docente do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP

Objetivos do capítulo

Este capítulo tem como objetivo apresentar ao leitor os fundamentos do movimento de promoção da saúde e da estratégia dos ambientes de trabalho saudáveis.

Conteúdo programático

1. Promoção da Saúde e seus campos de ação
2. Prevenção e promoção da saúde
3. A abordagem dos contextos para a promoção da saúde e os locais de trabalho
4. Um breve histórico mundial do ambiente de trabalho saudável
5. O papel da Organização Mundial da Saúde no protagonismo dos ambientes de trabalho saudáveis
6. Elaboração de programas de promoção da saúde em ambientes de trabalho

Atividade

Reflita e responda as questões abaixo.

1. Quais são os 5 campos de ação ou estratégias principais da promoção da saúde propostas pela carta de Ottawa?
2. Quais as diferenças entre os campos da prevenção e da promoção da saúde
3. Na sua prática dos serviços, reflita sobre as atividades que podem ser consideradas como promotoras de saúde.
4. Quais determinantes do seu ambiente de trabalho você identifica que impacta em sua saúde? Quais os caminhos para solucioná-los segundo a estrutura de planejamento para os ambientes de trabalho saudáveis proposta pela OMS?

Introdução

O conceito ‘moderno’ de promoção da saúde surge a partir da década de 1980, fomentado pelo Escritório Regional Europeu da Organização Mundial da Saúde (OMS), e agrega um conjunto de valores, tais como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, parceria, entre outros, bem como uma combinação de estratégias de ação que visam impactar nos determinantes sociais e comportamentais da saúde (World Health Organization – WHO, 1984; Buss, 2009; Pelicioni e Mialhe, 2012).

Diversas publicações apresentaram definições e perspectivas para a promoção da saúde nas últimas décadas. A posição adotada pelo autor deste capítulo sobre a promoção da saúde está em consonância com os princípios ideológico da OMS.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida na cidade de Ottawa, Canadá, em 1986, e com apoio da OMS, foi um marco importante para este novo movimento mundial em prol da saúde pública, e teve como um de seus produtos a carta de Ottawa, que apresenta uma definição para a promoção da saúde que valoriza tanto seus processos quanto seus resultados na promoção da saúde e aponta, implicitamente, a necessidade das pessoas saberem identificar e lidar com os determinantes de sua saúde, a fim de se promover a equidade em saúde

“A promoção da saúde é o processo de capacitação das pessoas para aumentarem o controle sobre, e melhorarem a sua saúde (WHO, 1986).”

Ainda, segundo ela, a saúde “é um recurso para a vida, e não um objetivo de vida.” Desse modo, para o movimento de promoção da saúde fomentado pela OMS, a saúde é vista como um conceito positivo, pois a partir dela os indivíduos podem desenvolver seus recursos pessoais e sociais, e não apenas a saúde física, foco majoritário dos sistemas tradicionais de cuidados em saúde e da medicina preventiva.

A carta de Ottawa também descreve que as condições e recursos fundamentais para a saúde são a “paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” e que a melhoria no estado de saúde só ocorrerá caso haja intervenções efetivas para assegurar estas condições básicas aos indivíduos e populações (WHO, 1986). Desta forma, a carta deixa explícito que os pré-requisitos para se promover e manter a saúde não serão assegurados somente pelo setor saúde, exigindo-se uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas com os determinantes mais amplos da saúde, ou seja, os governos, o setor saúde e outros setores sociais e econômicos, as organizações voluntárias e não-governamentais, as autoridades locais, a indústria, a mídia, dentre outros (WHO, 1986). Há, portanto, a necessidade de processos de mediação entre os diferentes interesses nas sociedades, organizações e instituições, em prol da saúde, e os profissionais da saúde apresentam grande responsabilidade em fomentar estes processos.

A Promoção da Saúde apresenta as seguintes características fundamentais (WHO, 1984):

- Envolve a população como um todo em seus contextos do dia a dia ao invés de focar as pessoas sob risco de desenvolverem determinadas doenças. Isso requer o “*acesso pleno e contínuo às informações sobre a saúde e como ela pode ser buscada por toda a população, utilizando, portanto, todos os métodos de divulgação disponíveis.*”
- É direcionada para a ação sobre os determinantes ou as causas das causas e, assim, requer uma cooperação de vários setores, refletindo a diversidade de condições que afetam a saúde.

- Combina diversos métodos e abordagens complementares, incluindo a comunicação, a educação, medidas fiscais e organizacionais, o desenvolvimento comunitário e atividades locais para promover a saúde.
- Tem como objetivo a participação efetiva e concreta da população no planejamento e nos rumos das atividades, características que demandam o desenvolvimento de habilidades de tomadas de decisões para a vida tanto em nível individual como coletivo.
- Apesar de não ser um serviço médico, os profissionais da saúde apresentam um importante papel no fomento e na manutenção da promoção da saúde, por meio de atividades educativas e da advocacia em saúde.

A carta de Ottawa propõe cinco estratégias ou campos de ação para se promover a saúde da população: a construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (WHO, 1986).

1. Construção de políticas públicas saudáveis

A saúde das populações é promovida por ações que extrapolam o setor saúde. Por exemplo, a qualidade do ar que respiramos, da água e dos alimentos que ingerimos impactam diretamente em nossa saúde, porém, não é o setor saúde o responsável por sua vigilância. Visto que o bem-estar das pessoas está intrinsecamente associado a fatores que extrapolam o setor saúde, é importante que a saúde esteja presente na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores da sociedade, e que os mesmos estejam conscientes das consequências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e que aceitem suas responsabilidades políticas com a saúde. Assim, o conceito de política pública saudável é utilizado para se referir aquelas políticas que apresentam um reconhecido e forte impacto sobre os determinantes da saúde e que se originam a partir de diversos, não necessariamente o da saúde, que tradicionalmente formula as políticas de saúde para a assistência e atenção à saúde (Restrepo, 2001). A construção e implementação de políticas públicas saudáveis ou promotoras de saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais buscando maior equidade em saúde, mais segurança, além de bens, serviços e ambientes mais saudáveis à população (WHO, 1986). As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis. Para isso, são necessárias ações intersetoriais, ou seja, entre diferentes setores, tais como os setores da educação, da saúde, do meio ambiente, da segurança pública, do planejamento urbano etc. Aqueles envolvidos com a causa das políticas saudáveis devem saber identificar e remover os obstáculos para a adoção das mesmas nos setores que não estão diretamente ligados à saúde, e isso requer processos de mediação.

De acordo com o documento *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão* (Organização Mundial da Saúde – OMS, 2011), as condições para se obter sucesso na implementação de ações intersetoriais são:

1. Criar um marco político e abordagens políticas à questão da saúde que promovam ações intersetoriais.
2. Enfatizar valores, interesses e objetivos compartilhados entre parceiros atuais e parceiros em potencial.
3. Garantir apoio político; trabalhar a partir de fatores positivos já existentes no ambiente político.
4. Engajar parceiros importantes desde o início: ser inclusivo.
5. Assegurar que haja coordenação horizontal entre os setores, assim como vertical entre todos os níveis dentro dos setores.
6. Investir em processos de construção de alianças trabalhando pelo consenso durante a fase de planejamento.
7. Enfatizar objetivos concretos e resultados visíveis.
8. Assegurar que a liderança, a responsabilidade e os benefícios sejam compartilhados pelas partes.
9. Desenvolver equipes estáveis que trabalhem juntas, com os sistemas de apoio necessários.
10. Desenvolver modelos, ferramentas e mecanismos práticos que apoiem a implementação de ações intersetoriais.
11. Assegurar a participação do público; educar e conscientizar o público a respeito dos determinantes da saúde e da ação intersetorial.

Fonte: Public Health Agency of Canada (2007); OMS (2011).

Os mecanismos para a construção de políticas públicas saudáveis são diversos e surgem do trabalho político em saúde pública, dentre eles, a advocacia em saúde (do inglês *health advocacy*), considerada uma variedade particular de lobby exercida por aqueles que detêm certo tipo de poder e que procuram representar ativamente os interesses daqueles grupos menos privilegiados, tentando assim corrigir, pelo menos em parte, os desequilíbrios do poder.

De acordo com o Health Promotion Glossary (WHO, 1998b)

A advocacia é uma das três estratégias principais para a promoção da saúde e pode assumir muitas formas, incluindo a utilização de meios de comunicação de massa e diversas mídias, lobby político direto e mobilização comunitária por meio de, por exemplo, coalizões de interesses em torno de questões definidas. Os profissionais de saúde têm uma grande responsabilidade em agir como defensores da saúde em todos os níveis da sociedade (Ib., p.5).

Um advogado é alguém que defende, fala em favor de alguém, sustenta uma causa contra interesses externos e defende uma ideia em favor de alguns grupos, comunidades ou a sociedade como um todo (Chapela, 1994).

Conforme Restrepo (2001) citando Milio (1986), o processo de construção das políticas públicas saudáveis requer

a aplicação de instrumentos técnicos e metodológicos de informação, educação e comunicação social necessários para levar os problemas sociais prioritários aos tomadores de decisões sobre as políticas públicas. A criação de uma consciência social sobre as grandes iniquidades e seus condicionantes constitui uma das mais poderosas estratégias para a abordagem política na prática da promoção da saúde (Ib., p.37).

As políticas saudáveis podem ser desenvolvidas em contextos locais, como escolas, hospitais, ambientes de trabalho, por exemplo, por meio da proibição da comercialização de alimentos com alto teor de sódio e gorduras nas cantinas desses ambientes. As políticas também podem ser mais amplas e alcan-

çarem esferas municipais, estaduais e federais. Exemplos incluem as legislações que tratam sobre a proibição do fumo em ambientes fechados e da venda de bebidas aos menores de 18 anos; do uso obrigatório do cinto de segurança para motoristas, do uso obrigatório de equipamentos especiais para o transporte infantil, do uso do capacete pelos motociclistas etc. (Pelicioni e Mialhe, 2012).

2. Criação de ambientes favoráveis à saúde

Esta abordagem ou campo de ação reconhece que a saúde das populações está intrinsecamente associada às condições ambientais, culturais e psicológicas de cada contexto. Assim, para se promover saúde, há a necessidade de uma abordagem socioecológica que fomente condições seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis em todos os contextos, seja ele o lar, o local de trabalho, a escola etc. A proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde. Importante ressaltar que as estratégias neste campo de ação devem voltar-se não apenas ao ambiente físico do contexto, mas também ao ambiente psicossocial do mesmo, que pode fomentar o estresse crônico e a diminuição da autoestima, com consequências na saúde física (Marmot e Wilkinson, 2005).

De acordo com a 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, Suécia, em 1991, quatro aspectos são considerados importantes para a constituição de um ambiente favorável e promotor da saúde (Brasil, 2002, p.24):

1. A dimensão social, que inclui as maneiras pelas quais normas, costumes e processos sociais afetam a saúde;
2. A dimensão política, que requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades e requer o compromisso com os direitos humanos, com a paz e com a realocação de recursos oriundos da corrida armamentista;
3. A dimensão econômica, que requer o reescalonamento dos recursos para a saúde e o desenvolvimento sustentável;
4. A necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive os setores político e econômico, para que se possa desenvolver uma infraestrutura mais positiva para ambientes favoráveis à saúde.

3. Reforço da ação comunitária

Refere-se ao fomento da participação da comunidade nas prioridades, nas tomadas de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde, e envolve a aquisição de maior consciência política e poder técnico (Buss, 2009).

Segundo a carta de Ottawa

A promoção da saúde trabalha por meio de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, nas tomadas de decisões, no planejamento de estratégias e na sua implementação, visando a

melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o *empoderamento* das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destinos.

O desenvolvimento das comunidades é criado sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes, a fim de melhorar a autoajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado (WHO, 1986).

De acordo com Laverack (2004), o empoderamento tem a proposta explícita de trazer mudanças sociais, políticas e nos ambientes físicos que interferem na saúde das pessoas. Segundo o Glossário Temático da Promoção da Saúde (Brasil, 2012b), o empoderamento é o *“processo por meio do qual indivíduos ou grupos desenvolvem habilidades e capacidades para a tomada de decisão e controle sobre suas vidas e sobre os determinantes sociais.”*

Conforme Restrepo (2001, p.39), citando Wallerstein (1992)

O empoderamento como processo social está intimamente ligado a participação comunitária e a consolidação concreta de todos os processos participativos, questão crítica para a promoção da saúde, pois não é suficiente com o discurso e a retórica do setor saúde, mas é necessário ativar os mecanismos dialógicos, criar espaços de consulta e negociação e, sobretudo, criar consciência sobre os direitos sociais das pessoas. O autoritarismo e a hegemonia dos gerentes das instituições de saúde vão contra a participação comunitária e o empoderamento que se busca.

Os profissionais da saúde apresentam fundamental importância no desenvolvimento da consciência política e da necessidade de ações comunitárias para impactar nos determinantes sociais da saúde e duas abordagens podem ser fomentadas. A primeira abordagem utiliza cinco estados ao longo de um continuum para se conceituar o processo conforme ele ocorre: 1. Ação pessoal; 2. Desenvolvimento de pequenos grupos de ajuda mútua; 3. Formação de organizações comunitárias; 4. Formação de parcerias; 5. Ação política e social (Jackson et al., 1989). Cada um destes cinco pontos é necessário para o empoderamento comunitário. No primeiro ponto, os profissionais de saúde podem ajudar os indivíduos a aumentarem sua autoestima e a consciência crítica sobre os determinantes mais amplos dos problemas, podendo haver a vinculação com outros grupos que compartilham as mesmas preocupações. A media que a participação das pessoas avança na formação de parcerias com setores públicos, privados, ONGs, etc. suas habilidades de mobilizar recursos internos e externos aumenta, garantindo maior efetividade das ações.

Outra perspectiva sobre áreas que influenciam o empoderamento comunitário proposta por Laverack (2001, 2004) apresenta nove ‘domínios’ para o processo de desenvolvimento comunitário:

1. Participação comunitária: somente por meio da participação em pequenos grupos ou em organizações maiores dentro das comunidades é que os indivíduos membros das comunidades conseguirão agir sobre as questões que são de preocupação geral para a comunidade como um todo
2. Liderança local: a participação e a liderança estão intimamente conectados. A liderança requer uma forte base de pessoas participantes e a participação, por sua vez, requer uma liderança forte em sua direção e estrutura geral.
3. Estruturas organizacionais: as estruturas organizacionais dentro da comunidade representam as formas como as pessoas se reúnem a fim de socializar e abordar as suas preocupações e problemas.
4. Avaliação dos problemas: o empoderamento comunitário presume que a identificação dos problemas, as soluções e ações para resolvê-las devem ser desenvolvidas pela comunidade.
5. Mobilização de recursos: a habilidade de a comunidade mobilizar recursos internos, bem como a habilidade de negociar recursos externos é considerado um importante fator para se alcançar o sucesso dos seus esforços.
6. Habilidade de questionar “por quê?” (consciência crítica): a habilidade de a comunidade avaliar criticamente as causas das desigualdades em saúde que afetam seu contexto.

7. Conexões com outras pessoas e organizações: a conexão com outras pessoas e organizações, por meio de parcerias e alianças voluntárias, pode ajudar as comunidades a alcançarem seus objetivos
8. Uma relação equitativa com os agentes externos: as relações de poder com os agentes externos aumentam à medida que as comunidades assumem maior autoridade sobre as suas intervenções
9. Controle comunitário sobre o gerenciamento da intervenção: o gerenciamento da intervenção que empodera a comunidade deve incluir o controle das principais partes interessadas nas decisões sobre o planejamento, implementação, avaliação, financiamento e resolução de conflitos.

Importante refletir que os processos democráticos e de participação comunitária nos países da América Latina são muito recentes e, desta forma, é importante que os promotores da saúde não se frustrem pelo fato do andamento de algumas intervenções demorarem mais do que eles gostariam que fosse.

4. Desenvolvimento de habilidades pessoais

Segundo a carta de Ottawa:

A promoção da saúde apoia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor (WHO, 1986).

O desenvolvimento de habilidades pessoais relaciona-se também ao empoderamento psicológico, individual ou autoempoderamento, caracterizado pela habilidade individual de tomar decisões e ter maior controle sobre a vida pessoal (WHO, 1998a). Assim, este campo de ação visa não apenas aumentar os conhecimentos sobre aspectos relacionados à saúde, mas também algumas habilidades práticas para a vida, tais como a mediação de conflitos, a empatia, o manejo do estresse, habilidades para tomadas de decisões, ser assertivo, dentre outros, os quais poderão aumentar a autoestima, a autoconfiança e a autoeficácia dos indivíduos, impactando em suas habilidades de fazerem mudanças comportamentais por períodos maiores.

Alguns autores, como Anderson (1986), descrevem a necessidade do desenvolvimento de 'habilidades para a saúde' (do inglês *health skills*) tais como habilidades para gerir o estresse ou o uso de técnicas assertivas para resistir a pressão de usar drogas, de exigir o cuidado médico-odontológico de qualidade e as condições adequadas para seu exercício nos serviços públicos, habilidades de tomadas de decisões em diversas situações etc.

A educação em saúde, portanto, apresenta importante função neste campo de atuação das ações de promoção da saúde, porém, não a educação em saúde tradicional, focada apenas na transmissão de informações e que não considera os determinantes sociais mais amplos que possibilitam ou não os indivíduos a seguirem as recomendações profissionais, numa visão limitada e comportamentalista dos problemas de saúde. Deve-se fomentar a divulgação de informações sobre a saúde e o desenvolvimento de processos educativos em saúde críticos e dialógicos, com foco no aumento da consciência crítica e construção de habilidades e competência dos indivíduos, a fim de que os mesmos possam obter maiores habilidades pessoais para enfrentarem os determinantes sociais e psicológicos da saúde (Mialhe e Guerra, 2015; Mialhe, 2016).

Importante lembrar para aqueles que exercem atividades educativas para a promoção da saúde devem ter em mente que as escolhas saudáveis são muitas vezes limitadas pelos ambientes nos quais eles ocorrem. Por exemplo, não adianta o profissional informar aos alunos de uma escola sobre uma dieta saudável se a cantina da escola oferece apenas alimentos ricos em açúcares, gorduras e sódio, ou seja, neste caso, não há como fazer escolhas. Da mesma forma, o profissional de saúde pode recomendar ao usuário fazer caminhadas rotineiras, porém, o calçamento do bairro estar inadequado para esta prática de atividade física, podendo inclusive, neste caso, configurar-se como atividade de risco para quedas e acidentes. Nestes casos, há de se ter ponderação para não culpabilizar o indivíduo por não realizar as mudanças necessárias segundo os critérios profissionais, pois, muitas vezes, a opção não saudável é a única escolha.

5. Reorientação dos serviços de saúde

A carta de Ottawa descreve que o setor saúde deve exercer atividades para além de seus serviços clínicos e curativos, em direção a uma forma de organização que seja sensível e respeite as necessidades culturais. Para que essas mudanças possam ser fomentadas, são necessárias transformações na educação dos profissionais da área da saúde voltadas a capacitá-los para exercerem sua prática segundo a filosofia da promoção da saúde.

Um papel importante a ser desempenhado pelos serviços de saúde é não aumentar as iniquidades em saúde já existentes em nossas sociedades conforme descreve Michael Marmot (OMS, 2001):

Nós do setor saúde temos um papel crucial a desempenhar na implementação de ações sobre os determinantes sociais, apesar de que a maioria deles está além do nosso controle direto. Podemos, por exemplo, garantir que não estejamos piorando o problema das iniquidades em saúde. Também é essencial que estimulemos a implementação de ações, que trabalhemos multisetorialmente e que disponibilizemos evidências para os decisores de todos os setores (Ib., p.26).

No caso da atenção primária, ela apresenta papel fundamental para promover a saúde da população quando trabalha sob a perspectiva dos determinantes sociais da saúde, pois a equidade torna-se um valor central de suas ações, além de desenvolver ações intersetoriais e procurar o fortalecimento da participação social, com o intuito de fomentar o empoderamento de indivíduos e famílias (Pellegrini Filho et al., 2014).

De acordo com o documento “*Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde*” (OMS, 2011) existem quatro funções que devem ser desenvolvidas pelo setor saúde para lidar com os determinantes sociais da saúde:

1. defender os determinantes sociais enquanto abordagem e explicar como ela pode beneficiar a sociedade como um todo e diferentes setores.

Em especial, o setor saúde precisa comunicar adequadamente o porquê das iniquidades em saúde serem uma prioridade para o bem-estar da sociedade que justifica uma resposta integrada (Ib. p.24).

2. o setor saúde apresenta o expertise e a responsabilidade para monitorar as iniquidades em saúde e o impacto das políticas sobre os determinantes sociais.
3. o setor saúde pode organizar as evidências sobre os determinantes sociais e, ao defender de forma satisfatória esta causa, pode colaborar de maneira importante para unir os diversos setores (intersetorialidade) com o objetivo de planejar e implementar intervenções sobre os determinantes sociais mais amplas e sustentáveis

4. o setor saúde tem um importante papel a desempenhar no desenvolvimento de capacidades dos indivíduos para com o trabalho dos determinantes sociais.

Ainda, segundo o documento, para realizar estas funções, algumas tarefas e responsabilidades podem ser desenvolvidas:

- compreender as agendas políticas e os imperativos administrativos de outros setores;
- desenvolver conhecimento e uma base de evidências para opções e estratégias políticas;
- avaliar comparativamente as consequências sobre a saúde de diferentes opções dentro do processo de desenvolvimento de políticas;
- criar plataformas regulares de diálogo para a solução de problemas de forma conjunta com outros setores;
- avaliar a efetividade do trabalho intersetorial e da formulação de políticas de maneira integrada e em parceria com outras partes interessadas;
- construir capacidades através de mecanismos e recursos melhores, assim como através de maior apoio das agências e de uma equipe capacitada e dedicada;
- trabalhar com outros braços do governo no sentido de concretizar os seus objetivos e, assim fazendo, avançar a questão da saúde e do bem-estar (Ib., p. 25)

Algumas associações, como a British Medical Association (BMA), em seu documento “*Social Determinants of Health – What Doctors Can Do*” (BMA, 2011) incentiva os médicos a atuarem não apenas como clínicos, mas também como líderes comunitários. Conforme o documento, os médicos devem trabalhar coletivamente e, por meio de suas instituições representativas, para aumentar a compreensão do público e dos tomadores de decisões sobre o impacto dos determinantes sociais da saúde, e como diminuir esse impacto por meio de intervenções dirigidas a elas. Assim, eles podem utilizar a evidência e a influência para terem impactos positivos nas iniquidades em saúde, bem como sua posição social e expertise para agirem como advogados em prol de mudanças fora do setor saúde (por exemplo, informando a população e os tomadores de decisões sobre o impacto de determinadas políticas sobre a saúde), e também podem promover a geração e a divulgação de pesquisas sobre a efetividade de medidas preventivas e promotoras de saúde.

Entretanto, conforme Naidoo e Wills (2009), a reorientação dos serviços de saúde na atenção primária para a Promoção da Saúde é um desafio por diversos motivos:

- As relações estabelecidas tendem a ser focadas no indivíduo ao invés da população como um todo;
- O trabalho em saúde geralmente é desenvolvido “para” as comunidades ao invés de “com” as comunidades;
- As ações em saúde geralmente são desenvolvidas baseadas no modelo biomédico de atuação, ao invés do modelo biopsicossocial.

Por outro lado, é fato que os trabalhadores da saúde vivem constantemente em situação estressante e o sistema de saúde deveria oferecer o suporte psicossocial necessário para que os trabalhadores pudessem melhor enfrentar tais situações.

Sobre a utilização das estratégias, a Declaração de Jakarta, fruto da IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1997, na Indonésia, conclui que “*os enfoques abrangentes ao desenvolvimento da saúde são os mais eficientes. Os que utilizam combinações das cinco estratégias são mais eficazes do que os enfoques mais limitados*” (WHO, 1997b). Assim, quanto mais estratégias puderem ser utilizadas nas intervenções promotoras da saúde descritas pela carta de Ottawa, melhor.

Além disso, a declaração afirma haver evidências de que:

- as localidades oferecem oportunidades práticas para a implementação de estratégias abrangentes. Incluem-se entre elas metrópoles, ilhas, cidades, municipalidades e comunidades locais, seus mercados, escolas, locais de trabalho e estabelecimentos de atendimento à saúde;

- a participação é essencial para dar apoio ao esforço. Para ser eficaz, é necessário que as pessoas estejam envolvidas na ação de promoção da saúde e no processo de tomada de decisão;
- aprender sobre saúde fomenta a participação. O acesso à instrução e à informação é essencial para conseguir a participação eficaz e o direito de voz das pessoas e das comunidades (WHO, 1997b).

A participação, portanto, é considerada fundamental para o apoio e a manutenção do sucesso das intervenções.

Prevenção e Promoção da Saúde

Atualmente, após quase três décadas da publicação da carta de Ottawa, gestores, profissionais e governos atribuem ao termo o significado que mais lhes são convenientes, havendo, basicamente, dois grupos de enfoques. O primeiro, mais limitado, compreende a promoção da saúde como atividades voltadas a ajudar as pessoas a melhorarem os seus comportamentos não saudáveis ou de risco, geralmente por meio de atividades educativas tradicionais, e com pouca ênfase nos aspectos mais macros que determinam e condicionam os comportamentos e estilos de vida (Tannahill, 1985). Leavell e Clark (1976) utilizam o conceito de promoção da saúde como o primeiro nível de aplicação de medidas preventivas para evitar-se o início e desenvolvimento das doenças em seu modelo de história natural das doenças (figura 1).

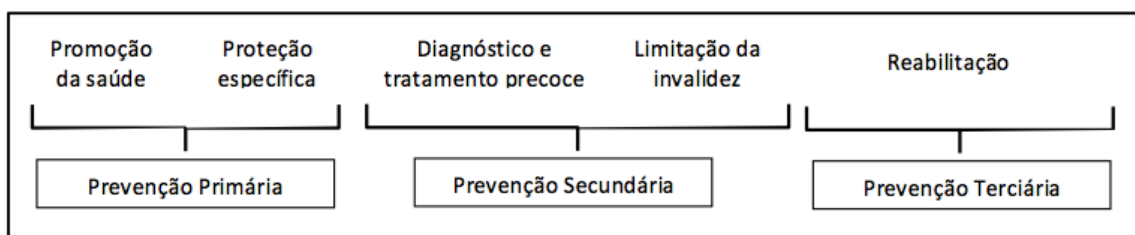


Figura 1: Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença.

Fonte: Leavell e Clark (1976, p.17).

Conforme os autores, a prática da medicina preventiva envolve “*uma boa assistência médica e dentária para indivíduos e famílias e bons serviços de saúde pública para as comunidades*”. Em relação à promoção da saúde, eles descrevem que:

As medidas adotadas para a promoção da saúde não se dirigem a determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais. **A educação e a motivação sanitária são vitalmente importantes para a realização deste objetivo.** [...] Os procedimentos para a promoção da saúde incluem um bom padrão de nutrição, ajustado às várias fases do desenvolvimento humano, levando-se em conta o período de rápido crescimento e desenvolvimento da infância, as mudanças psicológicas da adolescência, as exigências extras durante a gravidez e as variações das necessidades alimentares dos velhos, em relação às dos adultos jovens. [...]. Outros componentes da promoção da saúde são: moradia adequada, recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho. A educação sexual e o aconselhamento antes e durante o casamento podem ter um efeito específico contra a exposição às doenças venéreas, mas, em geral, promovem a saúde influenciando favoravelmente o ajustamento conjugal. [...] Finalmente, considerando-se que todas as pessoas têm saúde em determinado grau, toda doença que leve o paciente ao médico oferece uma oportunidade para o aconselhamento: não apenas no que se refere ao tratamento daquela doença e prevenção de posterior incapacidade que daí possa resultar, mas também no que concer-

ne à manutenção da saúde potencial que resta ao paciente. **A extensão deste aconselhamento ao resto da família do paciente pode ter um efeito considerável na promoção da saúde de um maior círculo de indivíduos** (Ib., pp.19-20, grifo nosso)

Percebe-se que o significado atribuído à promoção da saúde pelos autores tinha muito mais a ver com a educação sanitária e a provisão de certos serviços de saúde do que a mudança dos determinantes ambientais mais amplos, foco da ‘moderna’ promoção da saúde. Segundo Buss (2009), esta visão apresenta um enfoque

centrado no indivíduo, com uma projeção para a família ou grupos, dentro de certos limites. Todavia, verificou-se que a extensão dos conceitos de Leavell e Clark é inapropriada para o caso de doenças crônicas não-transmissíveis (Ib., p.22).

Por outro lado, o termo promoção da saúde tem sido utilizado sob uma perspectiva ecológica ampla e engloba tanto atividades educativas voltadas ao empoderamento dos indivíduos para lidarem com os determinantes de sua saúde como medidas ambientais legais e fiscais voltadas a transformar as escolhas saudáveis as escolhas mais fáceis.

Existem diferenças importantes entre a operacionalização da prevenção e da promoção. Apesar de ambas serem importantes para a saúde pública, apresentam diferenças importantes. Para a prevenção, o nível de saúde é caracterizado pela ausência de doenças, ou seja, é um modelo negativo. A promoção da saúde, por outro lado, considera a saúde um conceito positivo e multidimensional, pois as pessoas podem apresentar bem estar e qualidade de vida mesmo que apresentem problemas físicos de saúde.

Sobre os objetivos e alvos, a prevenção, seja ela primária, secundária ou terciária tem como objetivo reduzir os fatores de risco e as enfermidades, bem como proteger os indivíduos de riscos específicos. Por outro lado, a promoção da saúde se dirige aos determinantes sociais mais amplos da saúde, dirigindo-se, portanto, a população com um todo, e tem como foco não apenas prevenir certas doenças, mas criar opções saudáveis as quais a população pode utilizá-la. Assim, a promoção dirige-se tanto a pessoas e comunidades como a processos, condições e sistemas que precisam ser modificados favoravelmente em prol da saúde.

A prevenção geralmente é baseada no modelo biomédico de intervenção, e quem a executa são os profissionais de saúde, utilizando métodos preventivos. A promoção, por outro lado, não é desenvolvida por um único profissional *expert* em promoção da saúde, mas por uma variedade de pessoas, organizações e instituições, abrangendo organizações não governamentais, movimentos sociais, as diversas esferas de governos e pessoas não ligadas à área da saúde (Restrepo, 2001; Buss, 2009). Por último, o modelo de intervenção da prevenção é baseado na figura do profissional, que dita as normas e comportamentos a serem seguidos, enquanto que o modelo promotor da saúde é participativo.

De acordo com o *Health Promotion Glossary* (WHO, 1998b)

A promoção da saúde representa um processo social e político abrangente, ela engloba não só ações voltadas a fortalecer as habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também as ações voltadas às mudanças nas condições sociais, ambientais e econômicas, de modo a aliviar o seu impacto na saúde pública e individual.

Para Green e Kreuter (2005), a promoção da saúde é definida como:

Qualquer combinação de apoios educacionais, políticos, regulatórios e organizacionais para ações e condições de viver conducente a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades.

Mais recentemente, o Glossário Temático da Promoção da Saúde (Brasil, 2012b) descreve que a promoção da saúde é

Uma das estratégias de produção de saúde que, articulada às demais estratégias e políticas do Sistema Único de Saúde, contribui para a construção de ações transversais que possibilitem atender às necessidades sociais em saúde.

Notas: i) A promoção da saúde é uma das prioridades do Pacto pela Vida para a construção de uma abordagem integral do processo saúde-doença e tem como foco o enfrentamento dos problemas de saúde baseado no reconhecimento dos determinantes sociais da saúde na sua produção. ii) A promoção da saúde deve dialogar com as diversas áreas do setor sanitário, com outros setores do governo e com a sociedade, para que sejam partícipes no cuidado com a vida, compondo redes de compromisso e responsabilidade (Ib., p.29)

Percebe-se, portanto, que o desenvolvimento das ações de promoção da saúde requer a necessidades de criação de alianças estratégicas entre diferentes instituições e setores, a formação de equipes multidisciplinares e diferentes perfis ocupacionais. Portanto, não há um especialista ou profissional único que consiga dar conta da promoção da saúde, pois o seu desenvolvimento necessita do profissionalismo e a ação de diversos atores sociais, a maioria, inclusive, fora do setor saúde.

A abordagem dos contextos para a promoção da saúde e os locais de trabalho

De acordo com a carta de Ottawa “*a saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro dos contextos do seu dia-a-dia; onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam*” (WHO, 1986, grifo nosso).

A partir de então, a OMS tem fomentado o desenvolvimento de abordagens promotoras de saúde orientadas aos diversos contextos, também conhecida como “contextos para a saúde” (do inglês *settings for health*), “que representa a base organizacional da infraestrutura requerida para a promoção da saúde” (WHO, 1997b). Conforme a Declaração de Jacarta

os contextos oferecem oportunidades práticas para a implementação de estratégias abrangentes. Incluem-se entre elas metrópoles, ilhas, cidades, municipalidades e comunidades locais, seus mercados, escolas, locais de trabalho e estabelecimentos de atendimento à saúde” (WHO, 1997b).

Ainda, conforme o *Health Promotion Glossary* (WHO, 1998b)

Os contextos [para a saúde] normalmente podem ser identificados como apresentando limites físicos, uma gama de pessoas com funções definidas, e uma estrutura organizacional. A ação para promover a saúde através dos diferentes contextos pode assumir muitas formas diferentes, muitas vezes através de alguma forma de desenvolvimento organizacional, incluindo as alterações no ambiente físico, na estrutura organizacional, na administração e na gestão. Os contextos também podem ser usados para promover a saúde, através do alcance das pessoas que neles trabalham, ou podem ser utilizados de forma as pessoas ganharem acesso aos serviços, e através da interação de diferentes contextos com a comunidade em geral (Ib., p. 19).

Dentro os diversos contextos os quais podem ser desenvolvidas atividades educativas e promotoras da saúde, destaca-se os locais de trabalho, pois apresentam grande impacto no bem-estar físico,

mental, econômico e social dos trabalhadores e, por sua vez, na saúde de suas famílias, comunidades e na sociedade como um todo. Nas últimas décadas, a globalização tem desempenhado um papel importante nas condições de trabalho. Enquanto a expansão internacional é uma oportunidade para as empresas multinacionais exportarem suas boas práticas do mundo desenvolvido para os países em desenvolvimento, muitas vezes o inverso é verdadeiro. Os ganhos financeiros de curto prazo, muitas vezes, motivam multinacionais a exportar o pior de suas condições de trabalho, colocando um número incontável de crianças, mulheres e homens em situação de risco em países em desenvolvimento (Frey, 1998). Em função disso, há crescente preocupação mundial com ambientes de trabalho que promovam a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, e não façam mal a sua saúde física ou mental (Chu et al., 2000; Burton, 2010).

No entanto, o que se observa é que muitas empresas multinacionais exportam as condições ou processos laborais mais perigosos e danosos para os países em desenvolvimento, onde as leis e atitudes governamentais em relação aos direitos humanos e meio ambiente podem ser mais brandas ou inexistentes, expondo os trabalhadores, familiares e toda a comunidade a situações de risco à saúde (Burton, 2010; Mu et al., 2012).

São amplamente reconhecidos os riscos e o impacto que o ambiente de trabalho, seja ele uma empresa, organização, instituição podem apresentar impactar na saúde física e psicológica dos trabalhadores. Em relação à segurança física, pode haver riscos mecânicos provenientes do uso de máquinas (ex: tornos, robôs, serras, empilhadeiras etc.). Riscos ergonômicos podem existir a partir de processos que exijam movimentos repetitivos, posturas inadequadas e uso da força excessiva para alguma atividade. Por outro lado, problemas psicossociais, tais como depressão, sentimento de falta de autoestima e autoconfiança, sentimentos de raiva por sentimentos de injustiça, abuso emocional ou verbal, assédio moral e *bullying*, entre outros, pode afetar a saúde mental dos trabalhadores. Problemas de saúde mental e/ou insatisfação com o trabalho relacionado a conflitos no trabalho ou na família apresentam importante impacto na produtividade, e estão associados ao absenteísmo e intenção de mudar de emprego. Pesquisas indicam que os trabalhadores que convivem em um ambiente de trabalho-família altamente conflitante demonstram probabilidade 13 vezes maior de faltas ao trabalho (absenteísmo) e 2,3 vezes mais intenção de mudar de emprego (Duxbury e Higgins, 2003).

Segundo estimativa da OIT, 2,34 milhões de pessoas morrem a cada ano por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (International Labor Organization, 2005). De acordo com o Ministério da Previdência Social, em 2012, foram registrados 705.239 acidentes de trabalho no país, sendo que o número de trabalhadores mortos foi de 2.731, e 14.955 pessoas ficaram permanentemente incapacitadas para o trabalho (Brasil, 2013).

O aumento crescente das quatro principais doenças crônicas (doenças cardiovasculares, diabetes, cânceres e doenças respiratórias crônicas) e os quatro principais fatores de risco relacionados a elas (uso do tabaco, má alimentação, sedentarismo e uso abusivo do álcool) influenciam a saúde do trabalhador e são influenciadas pelo ambiente de trabalho (Burton, 2010). A *British United Provident Association* (BUPA), um provedor de seguros britânico, emitiu um relatório sobre o futuro da força de trabalho do Reino Unido para 2013 que desenhou um quadro desolador. Os empregados serão mais velhos, cuidarão de outras pessoas, apresentarão mais problemas de estilos de vida, serão obesos com diabetes ou problemas cardíacos, trabalharão em empregos com maiores probabilidades de causar impactos psicológicos (Vaughan-Jones, 2009).

No setor saúde, diversos estudos demonstram que a categoria profissional, o processo de trabalho, a organização dos serviços, o excesso de demandas, entre outros fatores, exercem impactos importantes na qualidade de vida dos profissionais da área da saúde (Nunes e Freire, 2006; Farias e Zeitoune, 2007; Fernandes et al., 2010; Loureirão et al., 2010; Bessegato, 2014; Fabichak et al., 2014; Santana et al., 2014).

Na Figura 2, adaptado de Burton (2010) são apresentadas as consequências de um ambiente de trabalho não saudável na saúde e bem-estar dos trabalhadores, e os custos para as empresas e organizações.

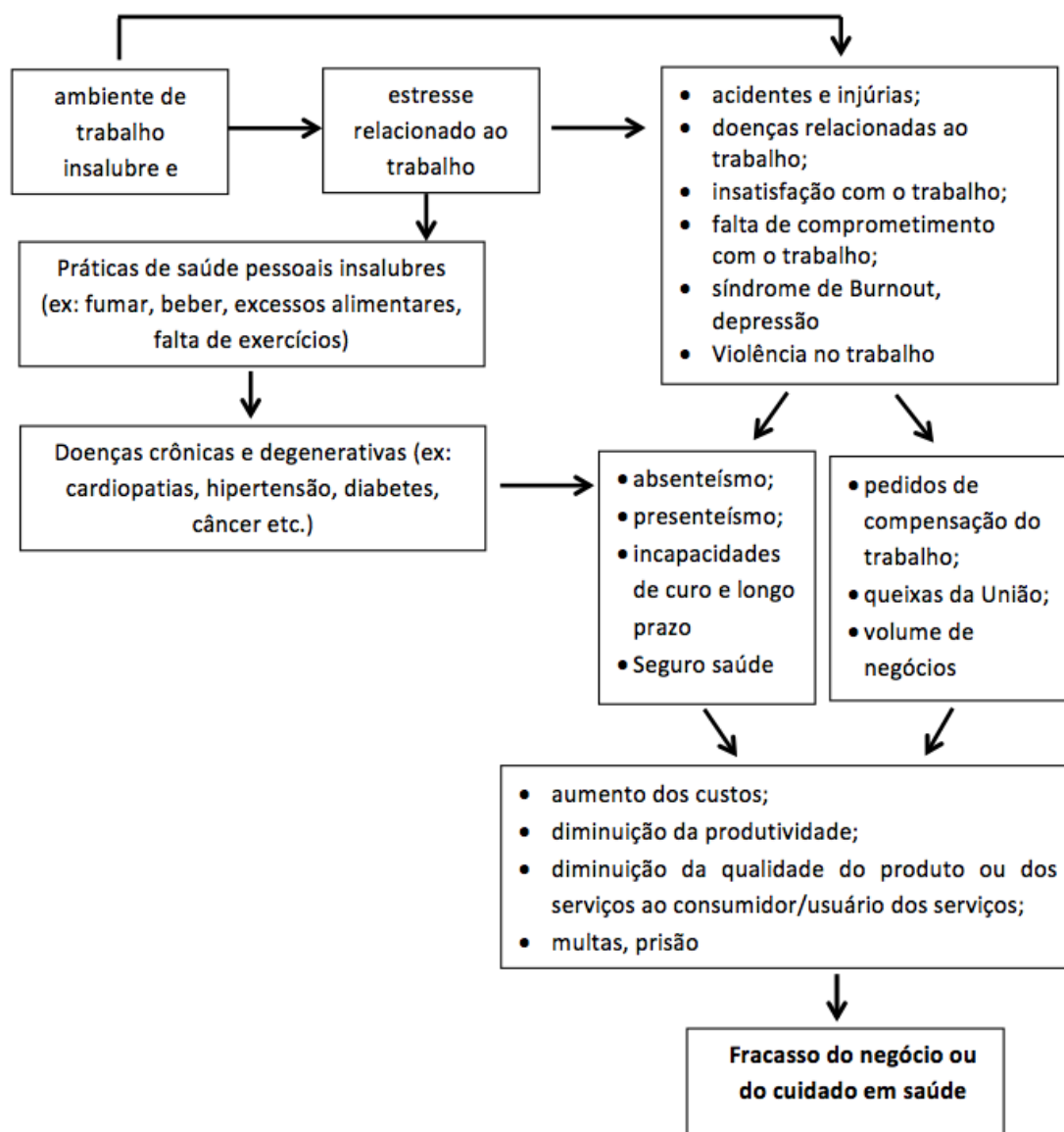


Figura 2: Impacto de um ambiente de trabalho não saudável para a saúde dos trabalhadores, para as empresas e para os diversos tipos de organizações.

Fonte: Adaptado de Burton (2010, p.6). Com permissão da WHO.

Assim, a estratégia dos ambientes de trabalho promotores da saúde, denominada atualmente pela OMS como *ambientes de trabalho saudáveis*, apresenta como objetivo principal manter e melhorar a saúde física e mental dos trabalhadores, por meio de ações de proteção e promoção à saúde. O conceito de ambientes de trabalho promotores de saúde ou saudáveis tem se tornando cada vez mais importante à medida que empresas e organizações públicas e privadas reconhecem que o sucesso num mercado cada vez mais globalizado somente pode ser alcançado por meio de uma força de trabalho saudável, qualificada e motivada (Chu et al., 2000; Burton, 2010; WHO, 2015a). Evidências demonstram que um trabalhador com boa saúde física e mental contribui para a melhor produtividade e sucesso da empresa e/ou organização, o que leva à prosperidade econômica do país, o bem-estar social individual, a riqueza e a saúde dos trabalhadores e de suas famílias (Duxbury e Higgins, 2009; Burton, 2010).

Em nível internacional, com a OMS e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Comissão Internacional em Saúde Ocupacional (ICOH – *International Commission on Occupational Health*) têm se destacado na defesa de políticas e programas que visam minimizar o impacto do ambiente de trabalho na saúde dos indivíduos e comunidades (Kirsten, 2012; ICOH, 2015).

Como nos alertam Pellegrini Filho et al. (2014), no planejamento de estratégias promotoras de saúde nestes ambientes é importante refletir sobre a saúde do trabalhador no interior do processo de trabalho e das relações de produção

[...] os ambientes de trabalho serão mais ou menos “saudáveis” de acordo com o êxito das lutas políticas dos trabalhadores na garantia de seus direitos quanto à proteção social e à saúde. Portanto, uma dimensão fundamental para a saúde dos trabalhadores consiste nas relações econômicas e sociais dentro dos quais o trabalho transcorre, as quais incluem, mais amplamente, os processos e as relações de poder e dominação existentes entre patrões e trabalhadores em determinada formação social considerada, assim como os ambientes físicos e psicossociais, os serviços de proteção e saúde disponíveis, etc. (Ib., p. 316)

Desta forma, a advocacia em saúde, protagonizada por profissionais de saúde, trabalhadores, tomadores de decisões e organizações interessadas na promoção da saúde, apresenta papel fundamental na construção e manutenção dos ambientes de trabalho saudáveis.

De mudanças nos estilos de vida aos ambientes de trabalho saudáveis

O conceito de ambiente de trabalho promotor da saúde é relativamente recente e vem sofrendo mudanças ao longo do tempo em função da crescente compreensão sobre os determinantes da saúde dos trabalhadores por diferentes disciplinas (Chu et al., 1997).

Apesar de haverem relatos de experiências sobre programas de promoção da saúde na primeira metade do século XX, principalmente nos EUA, o termo *workplace ou worksite health promotion* começou a popularizar-se nos EUA em meados da década de 1970 com a introdução dos *wellness programs*⁵(programas de bem-estar), geralmente definidos como programas voltados a “promover a saúde dos trabalhadores” por meio do incentivo à prática de exercícios ou alteração da dieta dos trabalhadores, com a clara intenção de diminuir os custos relacionados à saúde dos empregados (Graça, 1999). Eles apresentavam uma tendência em focar em um ou outro fator de risco, na mudança de um determinado comportamento em particular e oferecidos a apenas um grupo de trabalhadores. O foco limitado adotado nestes primeiros programas negligenciava os determinantes ambientais, sociais e organizacionais da saúde^{*****} (Chu et al., 1997; Chu et al., 2000).

No ano de 1980, houve um aumento do número de programas denominados de promotores da saúde e/ou *wellness* no ambiente do trabalho, que buscavam ser mais abrangentes que os anteriores em sua natureza e nos métodos de intervenções e, em geral, apresentavam um forte componente de educação em saúde tradicional, combinada com exames periódicos de saúde, além de cursos para o manejo do estresse, disponibilidade de alimentos funcionais nas cantinas, programas de exercícios etc. (Graça,

***** Segundo o Centers for Disease and Prevention (EUA), um Workplace Wellness Program é “uma atividade promotora de saúde ou uma ampla política organizacional estruturada para dar apoio a comportamentos saudáveis e melhorar os resultados em saúde enquanto no trabalho. Estes programas consistem de atividades tais como educação em saúde e coaching, programas de gestão do peso, exames médicos, programas locais de condicionalmente físico, e outros. Os programas de wellness também incluem políticas intencionadas a facilitar a saúde dos empregados, incluindo tempo para exercícios, provisão de cozinhas e áreas de alimentação no local, oferecimento de opções de alimentos saudáveis nas máquinas de venda automática, promover encontros “andar e falar” e oferecer incentivos físicos e outros para a participação.” Disponível em: <http://www.cdc.gov/features/WorkingWellness>.

1999; Chu et al., 2000). Porém, a maioria deles focava (e ainda foca) na modificação de comportamentos individuais, sem levar em consideração os determinantes socioeconômicos, ambientais e organizacionais mais amplos que incidem sobre a saúde e o comportamento dos trabalhadores (Chu et al., 2000). Estes programas muitas vezes também são denominados de promotores da saúde (Polanyi et al., 2000).

Entretanto, a estratégia contemporânea dos ambientes de trabalho saudáveis teve sua origem na Carta de Ottawa (WHO, 1986), quando foi descrita a importância da criação dos *ambientes favoráveis à saúde*:

[...] Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. A organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável. A promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis (WHO, 1986).

A carta de Ottawa reforça ainda a importância dos ambientes onde as pessoas vivem para sua saúde quando descreve:

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro dos contextos do seu dia a dia: onde elas aprendem, **trabalham**, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela garantia que a sociedade na qual se vive crie condições que permita a obtenção da saúde por todos (WHO, 1986, grifo nosso).

A partir de então, o ambiente de trabalho ganhou reconhecimento como um relevante contexto que inevitavelmente impacta na saúde do trabalhador, mas também em sua família, sua comunidade local e a sociedade como um todo, necessitando-se de ações mais amplas para proteger e promover sua saúde.

Na IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida em Jacarta, Indonésia, a OMS lançou uma nova iniciativa – **a abordagem dos ambientes de trabalho saudáveis**, por meio da Declaração de Jacarta sobre os ambientes de trabalho saudáveis (WHO, 1997a).

Segundo esta declaração:

Abordagens abrangentes no ambiente de trabalho são essenciais que levem em consideração os fatores físicos, emocionais, psicológicos, organizacionais e econômicos tanto no interior dos ambientes de trabalho como em todos os outros ambientes, nas quais as pessoas desempenham seus múltiplos papéis da vida.

E ainda:

Esta abordagem é baseada nos quatro princípios complementares seguintes:

1. Promoção da saúde
2. Saúde e segurança ocupacional
3. Gestão de recursos humanos
4. e desenvolvimento sustentável (social e ambiental)

Juntos, esses princípios fundamentais tornam possível para lidar com o impacto de uma ampla variedade de fatores sobre os trabalhadores, a comunidade do entorno e a sociedade em geral.

Apesar de existirem atualmente várias definições reconhecidas para o ambiente de trabalho promotor da saúde, as mais citadas, segundo Kirsten (2012) são as formuladas pela *International Association for Worksite Health Promotion* (IAWHP), com sede nos EUA, e pela *European Network for Workplace Health Promotion* (ENWHP), na Europa.

A IAWHP define o ambiente de trabalho promotor da saúde como

[...] um conjunto de ações corporativas estratégicas e táticas que visam otimizar a saúde do trabalhador e o desempenho dos negócios através do esforço coletivo dos empregados, famílias, empregadores, e a sociedade como um todo (IAWHP, 2009, p.2).

Já a *European Network for Workplace Health Promotion* apresenta uma abordagem um pouco diferente:

A Promoção da Saúde no ambiente de trabalho é o esforço combinado de empregadores, empregados e a sociedade para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas no trabalho. Isso pode ser alcançado por meio da combinação de:

- melhorias na organização do trabalho e no ambiente de trabalho
- promoção da participação ativa
- encorajamento do desenvolvimento pessoal (ENWHP, 1997, p.1)

A OMS publicou em 2010 um documento onde é proposta uma abordagem mais ampla para intervenções nestes contextos, seguindo a mesma denominação proposta em Jacarta, ou seja, ambientes de trabalho saudáveis.

Segundo a OMS (2010):

Um ambiente de trabalho saudável é aquele em que os trabalhadores e os gestores colaboram para usar um processo contínuo de melhorias para proteger***** e promover a saúde, a segurança e o bem-estar dos trabalhadores, e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho, considerando o seguinte, com base nas necessidades identificadas:

- Questões de segurança e saúde no ambiente físico de trabalho;
- Questões de segurança, saúde e bem-estar no ambiente psicossocial de trabalho, incluindo a organização do trabalho e cultura da organização;
- Recursos para a saúde pessoal no ambiente de trabalho; e
- Envolvimento da empresa na comunidade para melhorar a saúde dos trabalhadores, de suas famílias e outros membros da comunidade.

Neste documento, a OMS apresenta um modelo de “ambiente de trabalho saudável” (*healthy workplace*) abrangente, que cobre quatro importantes áreas para a promoção da saúde nestes ambientes. Essas áreas ou vias de influência precisam ser consideradas pela empresa ou organização para a criação de um ambiente de trabalho saudável, sendo elas: 1. o ambiente físico do trabalho; 2. o ambiente psicossocial do trabalho; 3. os recursos para a saúde pessoal no ambiente de trabalho e 4. o envolvimento da empresa na comunidade. O modelo será descrito em maior profundidade ao longo deste capítulo.

Atualmente, entretanto, verifica-se que, infelizmente, muitas das ações tradicionalmente associadas ao movimento dos ambientes de trabalho promotores são ainda estruturadas apenas para objetivos e resultados voltados a mudanças comportamentais tais como a cessação do fumo, redução do estresse, condicionamento físico, controle de peso etc., e não avançam na construção de um modelo de ação que integram aspectos relacionados à mudança organizacional, participação dos trabalhadores e abordagens promotoras de saúde (Polanyi et al., 2000; Whitehead, 2006). Sobre estes aspectos, Luis Graça, um pesquisador português especialista no tema, apresenta uma importante reflexão sobre os problemas da promoção de saúde no trabalho (PST) na Europa:

***** Segundo Burton (2010), a proteção da saúde refere-se “As medidas tomadas em um ambiente de trabalho para proteger os trabalhadores de doenças ou danos devido à exposição a perigos ou riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos ou psicossociais que existem no ambiente de trabalho”

A PST também tem, porém, os seus mitos e, sobretudo, as suas armadilha, podendo servir de álibi (ideológico) para dismantlar um sistema de *proteção* contra os riscos profissionais que, ao longo de século e meio, os nossos países foram construindo. Se ela não tiver uma fundamentação teórica consistente e critérios explícitos de boas práticas, há o risco de se tornar uma simples noção de senso comum (por ex., a simples educação para a saúde dirigida ao indivíduo no tempo e local de trabalho) e até, inclusive, de se transformar numa subtil e potencialmente perigosa engenharia de controlo social (por ex., a adoção de estilos de vida saudáveis como critério de empregabilidade) (p.9).

Desta forma, qualquer definição e/ou esquemas de planeamento envolvendo a promoção da saúde dos trabalhadores devem possuir um olhar mais amplo que os modelos focados em mudanças de comportamentos individuais caso queiram se harmonizar com os princípios, valores, áreas de ação e estratégias da promoção da saúde proposta pela carta de Ottawa, pois só assim alcançarão mudanças sustentáveis e resultados promissores para a saúde de todos os trabalhadores em longo prazo. Nesse sentido, corroboramos das considerações de Burton (2010) quando descreve que:

Qualquer definição de um ambiente de trabalho saudável deve incluir a definição de saúde da OMS: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças. As definições de um ambiente de trabalho saudável têm evoluído muito ao longo das últimas décadas. A partir de um foco quase exclusivo no ambiente físico de trabalho (o domínio da saúde e segurança ocupacional tradicional, lidando com riscos físicos, químicos, biológicos e riscos), a definição foi ampliada para incluir fatores relacionados a prática da saúde (o estilo de vida); fatores psicossociais (a organização do trabalho e da cultura do ambiente de trabalho); e um vínculo com a comunidade; todos os quais podem ter um profundo efeito sobre a saúde do empregado(p.15).

Entretanto, o que se observa na prática é que cada empresa ou organização desenvolve programas denominados de ‘promotores da saúde’ em seu ambiente de trabalho em função de seus interesses e do macrocontexto socioeconômico do país em que está situado, como veremos a seguir.

Um breve histórico mundial do ambiente de trabalho saudável

EUA

Segundo Graça (1999), os EUA, contrariamente, ao que ocorre em boa parte dos países europeus, e também Brasil não apresenta uma tradição histórica de Estado de Bem-Estar Social ou de providência que oferece serviços públicos gratuitos de saúde, entre outros, à população. Assim, boa parte dos empregadores sustenta os encargos da saúde dos seus trabalhadores por meio de seguro-saúde, e que inclui muitas vezes seus familiares. Desta forma, as empresas norte-americanas foram as primeiras a preocupar-se com o aumento dos custos diretos e indiretos da proteção social de seus trabalhadores.

Ainda, para o autor:

O interesse dos empregadores na redução dos custos com a prestação de cuidados de saúde era igualmente partilhado pelas seguradoras, algumas das quais se tornariam muito ativas, fazendo o *marketing* da PST, organizando, elas próprias, programas destinados aos seus trabalhadores, vendendo pacotes de *wellness programs* aos seus clientes, apoiando a realização de encontros científicos sobre o tópico de avaliação econômica da PST, etc. (Ib., p.20)

De acordo com Chenoweth (2011), nos EUA, um dos primeiros programas de recreação e atividade física para os empregados ocorreu em 1879, quando a empresa Pullman formou sua associação atlética.

Cinco anos mais tarde, John R. Patterson, presidente da *National Cash Register*, reunia regularmente seus empregados ao amanhecer, antes do início do trabalho, para passeios a cavalo. Em 1894, Patterson instituiu pausas para exercícios de manhã e tarde e, década mais tarde, construiu um ginásio para os empregados e, em 1911, construiu um parque de recreação para os funcionários.

Na década de 1930, quando o país se recuperava da Grande Depressão, Milton Hershey (*Hershey Foods Corporation*) construiu um complexo de lazer para os empregados, onde havia uma piscina interior.

No ano de 1941, foi criado o *National Employee Services and Recreation Association*, que encabeçou maior interesse em programas de recreação aos funcionários. Embora a maioria dos programas de Promoção da Saúde no ambiente de Trabalho (PSAT) centrasse em atividades de recreação e condicionamento físico, o advento e a incorporação dos *Employee Assistance Programs* (EAPs) por várias grandes empresas tornou-se evidente nos anos 1950. Na década de 1970, seus objetivos foram expandidos a fim de oferecer a todos os funcionários um amplo conjunto de serviços que incluíam a gestão do estresse, assistência a idosos, planejamento do orçamento familiar, aconselhamento pessoal, planejamento pré-aposentadoria, planejamento financeiro, entre outros (Chenoweth, 2011).

Em 1970, o *Occupational Safety and Health Act* (OSHA) foi criado nos EUA para regular o ambiente de trabalho e torná-lo mais seguro aos trabalhadores. Como consequência, o Ato aumentou também a consciência dos empregadores sobre a importância da saúde dos empregados e provavelmente ofereceu a algumas empresas um impulso para expandir seus programas de segurança ocupacional para programas mais abrangentes de promoção de saúde no ambiente de trabalho (Chenoweth, 2011). Nesta época, o termo *workplace (ou worksite) health promotion* começou a ser popularizado nos EUA, com a introdução dos chamados *wellness programs* (que podem ser traduzidos como programas de bem-estar) em um progressivo número de empresas norte-americanas (Conrad, 1987; Graça, 1999). Porém, o conceito de *health promotion* estava associado muito mais a mudanças comportamentais dos funcionários do que na estrutura das empresas.

Na década de 1980, houve expansão dos *wellness programs* nas empresas americanas que passaram também a incorporar um conjunto mais abrangente de atividades, tais como o gerenciamento do estresse, cuidados com a coluna, controle do tabagismo, da nutrição, da saúde pré-natal, de peso, feiras anuais de saúde, sessões de aprendizagem semanais no horário da refeição, porém, ainda, com abordagem majoritariamente focada à mudanças individuais.

Esta visão americana sobre o ambiente de trabalho promotor de saúde voltada à mudanças individuais é compartilhada também por Conrad (1988), ao afirmar que

Com efeito, a promoção da saúde no ambiente de trabalho consiste em educação em saúde, triagem e / ou intervenções planejadas para mudar o comportamento dos funcionários a fim de alcançar uma melhor saúde e reduzir os riscos de saúde associados. Ela difere da missão tradicional da saúde ocupacional, na qual os **wellness programs** estão interessados na promoção de saúde geral entre os funcionários, em vez de focar na proteção à saúde, isto é, prevenir doenças ocupacionais ou assegurar condições de trabalho seguras (Ib., p.255, grifo nosso).

Ainda sobre a orientação dos *wellness programs*, Conrad (1988) descreve que

[...] a orientação dos **wellness programs** é facilitar a mudança do comportamento ou o estilo de vida das pessoas para prevenir a doença e promover a saúde. A participação é voluntária, apesar de que muitos programas fazem esforços para alcançar os funcionários de 'alto risco' e provêm esforços incentivos (desde camisetas até dinheiro) para encorajar a participação (Ib., p.255, grifo nosso).

Nos anos de 1990, estes programas continuaram a crescer, junto às intervenções realizadas nestes ambientes, que passaram a incorporar salas de lactação para trabalhadoras, cursos de *kickboxing*, *spinning*, artes marciais, entre outros (Chenoweth, 2011).

Atualmente, há um grande número destes programas nos EUA que recebem as mais diversas denominações, tais *workplace wellness* (Bray, 2012; Hicks, 2014), *worksite health promotion* (Chenoweth, 2011); *health promotion in the workplace* (O'Donnell, 2002) e, mais recentemente, *healthy organizations* (Dive, 2004; Lowe, 2010) mas que apresentam bases teóricas e de intervenção bem parecidas, com foco principal nas mudanças de estilos de vida individuais (Chenoweth, 2011).

De acordo com o *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH), uma organização saudável (*healthy organization*) é aquela que (Centers for Disease Control and Prevention, 2014)

[...] apresenta baixas taxas de doenças, injúrias e deficiências em sua força e é também competitiva no mercado. Pesquisa da NIOSH identificou as características organizacionais associadas tanto com o trabalho saudável e de baixo estresse quanto altos níveis de produtividade. Exemplos dessas características incluem o seguinte:

- O reconhecimento dos funcionários para o bom desempenho do trabalho
- Oportunidades para o desenvolvimento da carreira
- Uma cultura organizacional que valoriza o trabalhador individual
- Ações de gestão que são consistentes com os valores organizacionais

De acordo com um levantamento feito pela empresa *RAND Health*, no ano de 2013, com empregadores nos EUA, verificou-se que, aproximadamente, metade deles oferecia iniciativas relacionadas à promoção do bem-estar dos seus trabalhadores (*wellness promotion initiatives*) e os maiores empregadores apresentavam uma tendência superior de oferecer programas de bem-estar mais complexos. Os programas geralmente incluíam atividades de rastreamento (*screening*) para identificação de riscos à saúde e a promoção de estilos de vida saudáveis. A maioria dos empregadores que oferecia estes programas os caracterizava como uma combinação de atividades de rastreamento e intervenções (Mattke et al., 2013). Verificou-se também que as atividades de triagem utilizavam avaliações de risco à saúde, questionários autoadministrados sobre comportamentos relacionados à saúde (por exemplo, padrões de exercício) e fatores de risco (por exemplo, peso corporal) e incluíam exames clínicos para a coleta de dados biométricos, tais como altura, peso, pressão arterial e nível de glicose no sangue. Além disso, constatou-se que intervenções preventivas focavam a prevenção primária, orientando os funcionários sobre fatores de risco para doenças crônicas (gestão do estilo de vida) e a prevenção secundária, melhorando o controle da doença em funcionários com condições crônicas manifestas (Mattke et al., 2013).

Segundo Graça (1999)

Uma das muitas fraquezas metodológicas de muitos programas de PST, nos EUA, tinha (e tem) a ver justamente com o facto de estarem mais centrados no *indivíduo* do que na *organização*. Ora, para ser eficaz, a PST tem de ser simultaneamente uma *health action* e uma *organizational action*, ou seja, agir sobre o indivíduo e seu ambiente de trabalho, criando um *supportive environment* e, ao mesmo tempo, fornecendo informação e prestando apoio a cada trabalhador para proteger, manter e melhorar a sua saúde e seu bem-estar no trabalho (p.14).

Além disso, segundo o autor, de certa forma, a saúde da população trabalhadora nos EUA tornou-se um grande negócio, em que empresários, consultores, profissionais da saúde, entre outros, além de hospitais, seguradoras, universidades etc., denominado conjuntamente de complexo *Business & Health*, vendem aos gestores de empresas e organizações um tipo particular de conhecimento especializado relacionado ao risco à saúde e ao manejo do risco corporativo.

Europa

No caso do continente europeu, o interesse pela construção de ambientes de trabalho promotores de saúde é mais recente do que nos EUA. Desde 1975, a *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions – Eurofound* (Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho) tem trabalhado ativamente para ajudar a planejar melhores condições de vida e trabalho para os cidadãos dos países-membros (Eurofound, 2014).

De acordo com Graça (1999)

Um dos méritos da ação da Fundação Europeia foi a de procurar desenvolver uma perspectiva integrada, participativa, inovadora e verdadeiramente europeia dos problemas de saúde dos europeus, vistos simultaneamente como trabalhadores, cidadãos e consumidores (Eurofound, 1992)

Em 1992, foi instituído o “Ano Europeu da Segurança, Higiene e Proteção da Saúde no Trabalho” que teve como objetivo aumentar a consciência do público e organizações sobre a importância da proteção da saúde e da segurança do trabalhador no ambiente de trabalho. Importantes propostas foram discutidas pelos países membros para a melhoria do ambiente psicossocial do trabalho bem como para a implementação de ambientes de trabalho promotores de saúde (Hanson, 2007)

Em 1996, foi fundada a *European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)* que tem como objetivo promover boas práticas de promoção da saúde no ambiente de trabalho e defender a adoção desta prática em todos os ambientes europeus de trabalho.

Em novembro de 1997, a ENWHP se reuniu em Luxemburgo e, como resultado do encontro, elaborou a Declaração de Luxemburgo sobre o ambiente de trabalho promotor da saúde na União Europeia a qual apresenta a seguinte definição sobre o ambiente de trabalho promotor da saúde (ENWHP, 1997):

O ambiente de trabalho promotor de saúde é uma estratégia corporativa moderna, que visa prevenir problemas de saúde no trabalho (incluindo doenças relacionadas ao trabalho, acidentes, lesões, doenças ocupacionais e stress) e melhorar potencialidades de promoção da saúde e bem-estar no trabalho (Ib., p.2)

Esta declaração teve o mérito de estabelecer uma definição consensual sobre o ambiente de trabalho promotor de saúde para os participantes da Rede Europeia para Ambientes de Trabalho Promotores da Saúde (ENWHP).

O documento ainda esclarece a partir do pressuposto “pessoas saudáveis em organizações saudáveis” que a estratégia do ambiente de trabalho promotor da saúde poderá ser operacionalizada se for orientada segundo os seguintes princípios (ENWHP, 1997):

1. todos os funcionários têm de estar envolvidos (participação);
2. a PSAT tem de estar integrada a todas as decisões importantes e em todas as áreas das organizações (integração);
3. todas as medidas e os programas têm de ser orientados para um ciclo de resolução de problemas: análise de necessidades, definição de prioridades, planejamento, implementação, controle e avaliação contínua (gerenciamento de projetos);
4. a PSAT inclui medidas direcionadas aos indivíduos e ao meio ambiente de diversos campos. Ela combina a estratégia de redução de risco com a estratégia de desenvolvimento de fatores de proteção e potenciais de saúde (abrangência) (Ib., p.4).

Após o encontro em Luxemburgo, as atividades da rede continuaram a ser desenvolvidas e outros documentos relacionados a novas políticas de PSAT foram publicados, como o memorando *Cardiff*, em

1998, no qual enfatiza a importância das pequenas e médias empresas para a economia e a dificuldade da implementação da PSAT nestes ambientes. No documento, a ENWHP claramente suporta um investimento crescente nestas empresas e recomenda o desenvolvimento de modelos de PSAT para serem adaptados a estes locais (ENWHP, 1998)

A Declaração de Lisboa sobre Saúde no Trabalho em Pequenas e Médias Empresas (PME), em 2001, mais uma vez discute a iniciativa da PSAT em pequenas e médias empresas (ENWHP, 2001). A declaração descreve que

Mais de 99% das empresas da União Europeia são PME e que juntas empregam mais de dois terços da força de trabalho da União Europeia. Não são apenas as PME de importância crescente no que diz respeito à política de emprego, elas também são significativas em termos econômicos, sendo responsável por mais da metade do volume de negócios da União Europeia (Ib.,p.2).

Ainda segundo ela

As principais forças motrizes para a saúde nas PME são os proprietários e equipe a executiva sênior. Uma chefia exemplar deve integrar a saúde na prática diária gerencial por meio do(a):

- envolvimento de todos os funcionários no processo de planejamento e tomada de decisão da empresa;
- garantia de um bom ambiente de trabalho;
- reconhecimento e recompensa pelo bom desempenho;
- monitoramento de melhorias – especialmente aquelas relacionadas à organização do trabalho.

Entre 17 e 18 de junho de 2002, ocorreu em Barcelona, Espanha, a 3ª Conferência Europeia sobre Promoção da Saúde no ambiente de Trabalho (ENWHP, 2002). A declaração de Barcelona sobre o desenvolvimento de boas práticas de saúde no ambiente de trabalho na Europa destaca que *não há saúde pública sem saúde no ambiente de trabalho*.

Além disso, a declaração expõe que

Com a transição para a sociedade do conhecimento e o crescimento do setor da prestação de serviços nas economias nacionais, o papel dos trabalhadores torna-se ainda mais importante. Ganha cada vez mais terreno a percepção de que só os trabalhadores saudáveis conseguem dotar as empresas e a globalidade das sociedades com capacidades inovadoras que lhes permitam manter a competitividade no mercado global.

No documento supracitado, é descrito que em muitos países não há ainda conhecimentos e métodos para análise da situação atual e para a implementação da PSAT. Com o objetivo de sanar estas lacunas, a ENWHP desejava criar uma ‘caixa de ferramentas’ (*toolkit*) para esta proposta. Da mesma forma que na declaração de Lisboa, a declaração de Barcelona argumenta que todas as nações devem criar sua própria agenda para melhorias na saúde do ambiente de trabalho (ENWHP, 2002, p.3)

A declaração de Edimburgo sobre promoção da saúde mental e bem-estar no ambiente de trabalho (*The Edinburgh Declaration on the Promotion of Workplace Mental Health and Wellbeing*) foi elaborada pela ENWHP, em outubro de 2010, e tem como objetivo chamar a atenção para a necessidade de promover a saúde mental e o bem-estar no ambiente de trabalho por meio de parceiros sociais e outras partes interessadas. Ela considera que dez medidas podem ser tomadas para promover a saúde mental e bem-estar no ambiente de trabalho, que incluem (ENWHP, 2010):

1. encorajar os empregadores a fornecerem oportunidades de trabalho significativas e estimulantes para seus empregados, bem como os apoios organizacionais necessários;

2. prover oportunidades para o desenvolvimento de habilidades do empregado que inclui a auto-confiança e a competência social;
3. promover maior participação dos trabalhadores na tomada de decisões;
4. reconhecer o papel chave dos gerentes em apoiar a equipe;
5. criar um ambiente de trabalho positivo e definir claramente as expectativas e papéis no trabalho;
6. reduzir fontes de estresse no ambiente de trabalho e desenvolver resistência ao estresse, promovendo estratégias de enfrentamento;
7. encorajar uma cultura de iniciativa, participação, equidade e justiça, e combater o estigma e a discriminação no ambiente de trabalho;
8. apoiar, manter e contratar pessoas com problemas de saúde mental;
9. desenvolver e implementar fortes políticas de saúde mental e bem-estar no trabalho;
10. monitorar o impacto dessas políticas e intervenções (Ib., p.2)

Em outubro de 2013, os membros da ENWHP assinaram a declaração de Bruxelas sobre práticas de saúde no ambiente de trabalho para empregados com doenças crônicas. A partir dela, a ENWHP faz as seguintes recomendações para políticos, organizações de empregadores e sindicatos da União Europeia e em nível nacional (ENWHP, 2013):

1. foco na prevenção das doenças crônicas no ambiente de trabalho;
2. detectar as doenças crônicas na fase inicial;
3. o paradigma deve mudar do desempenho reduzido para manutenção da capacidade do trabalho atual e futuro;
4. focar nas habilidades e nos recursos do indivíduo, e não apenas em suas limitações ou restrições;
5. atacar a discriminação contra pessoas com doenças crônicas;
6. aumentar a importância e prioridade do retorno ao trabalho na agenda política;
7. aumentar as oportunidades de emprego das pessoas com doenças crônicas;
8. o trabalho deve recompensar – o trabalho deve incluir uma relação de custo-benefício positiva;
9. uma cooperação sistemática e próxima de todos os interventores e partes interessadas envolvidas;
10. preencher as lacunas do conhecimento existente e ampliar e manter as evidências e intervenções baseadas na experiência (Ib., p4)

Pesquisadores da promoção da saúde no ambiente de trabalho apontam diferenças fundamentais nestas iniciativas nos Estados Unidos, Japão e Europa. Por exemplo, a legislação foi uma força motriz no Japão, mas não nos Estados Unidos ou na Europa. A PSAT surgiu no Japão pelo medo dos governantes em ter baixa produtividade pelo crescente número de trabalhadores idosos. Em contraste, muitas das iniciativas de PSAT nos Estados Unidos foram impulsionadas para conter o aumento dos custos de cuidados à saúde dos empregados, enquanto que, na Europa, pelo temor em torno da capacidade de trabalho dos trabalhadores. Nos EUA e Japão, o foco principal dos programas de PST é nos estilos pessoais de vida dos trabalhadores, enquanto que na Europa o foco é na organização e no ambiente de trabalho (Chenoweth, 2011).

Além de cultural, este pensamento é influenciado, em grande parte, pelo sistema de saúde do país. Na Europa, Canadá e no Brasil, por exemplo, as empresas e organizações trabalham em contextos nacionais em que há um sistema de saúde pública que arca com os gastos de saúde do trabalhador. Nos EUA, por outro lado, as empresas e organizações apresentam uma responsabilidade muito maior pelo pagamento direto dos custos relacionados à saúde de seus trabalhadores. Consequentemente, o maior fator motivador para o desenvolvimento de programas promotores de saúde no ambiente de trabalho nos

USA é a diminuição dos custos relacionados à saúde, fato que levou o país a apresentar um grande número de programas que, por vezes, seguem um modelo educacional tradicional para melhorar a saúde dos funcionários. Muitos deles são gerenciados por enfermeiras, educadores em saúde, psicólogos, nutricionistas e educadores físicos (O'Donnell, 2002; Buck Consultants, 2009; Kirsten, 2012).

Portanto, nos EUA, os empregadores continuam a se preocupar majoritariamente com os custos da saúde dos trabalhadores para suas organizações e empresas, enquanto que em outros países os empregadores sentem o impacto da pobre saúde dos trabalhadores principalmente por meio do absenteísmo e Presenteísmo*****.

Independentemente das estratégias e filosofias empregadas, existem evidências que a PSAT pode melhorar os conhecimentos, atitudes, comportamentos e condições objetivas relacionadas à saúde como força muscular, gordura corporal, pressão arterial, ritmo cardíaco, função respiratória, níveis de lipídeos no sangue, dor nas costas, além dos sintomas físicos e emocionais do estresse, pelo menos em curto prazo (O'Donnell, 2002).

Brasil

Em dezembro de 1986, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, fruto da luta de movimentos sociais que reivindicavam que a saúde do trabalhador fosse um direito universal, pois, até então, a saúde era um benefício previdenciário, ou seja, restrito aos contribuintes, ou um bem de serviço comprado na forma de assistência médica.

A Constituição Federal de 1988 incorporou as questões da saúde do trabalhador, que foi regulamentada, em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde – LOS nº 8.080 que definiu os princípios e a formatação do SUS. No seu artigo 6º, é descrito que estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde as execuções de ações de saúde do trabalhador, e no seu parágrafo 3º a definição e suas atividades:

§ 3º 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, abrangendo:

- I – assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- III – participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- IV – avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- V – informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

***** Cunha S. Absenteísmo e presenteísmo: indicadores de perdas e danos. CIPA. 2012; 33(391): 34-58.

O presenteísmo é caracterizado pela presença “parcial” do funcionário, ou seja, ele está presente na empresa, mas não desempenha suas tarefas de forma satisfatória e completa. Na maioria das vezes, quando está nesta situação, o funcionário apresenta forte desmotivação, deixando de produzir o esperado e comprometendo o bom andamento das atividades normais da empresa. Pode ser consequência de problemas emocionais, familiares, entre outros. Contudo, permanece no posto de trabalho, mesmo não estando pleno de saúde física e/ou psicológica. Esse comportamento pode influenciar outros trabalhadores, causando mal-estar na empresa. É mais difícil de ser detectado, visto que o trabalhador não está ausente do seu posto de trabalho (Cunha, 2012, p.36).

- VI – participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- VII – revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
- VIII – a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Na mesma época, o conceito de promoção de saúde no ambiente de trabalho começou a ser introduzido no Brasil pelo setor privado, por meio de médicos que trabalhavam com saúde ocupacional, e cujos programas iniciais, denominados de programas de medicina preventiva e qualidade de vida, focavam em fatores de risco e suas relações com a saúde dos trabalhadores. Seus objetivos principais eram diminuir os custos relacionados ao tratamento das doenças (CPH Health, 2015). No início dos anos 1990, foi fundada a Associação Brasileira de Qualidade de Vida – ABQV que, desde 1997 promove o Prêmio Nacional de Qualidade de Vida (PNQV), cujo objetivo é “destacar as organizações que estimulam o estilo de vida saudável e a melhoria da qualidade de vida de sua força de trabalho” (ABQV, 2015). O PNQV é concedido nas categorias grande, média e pequena microempresa e um dos pré-requisitos para todas as categorias é que os programas tenham sido implantados e mantidos ao longo dos últimos dois anos, pelo menos (Fundação Nacional da Qualidade, 2008).

Em 2002, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, Renast, por meio da Portaria no 1.679/GM, com objetivo de disseminar ações de saúde do trabalhador, articuladas às demais redes do Sistema Único de Saúde (Renast on line). Ela compreende

[...] uma rede nacional de informações e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância, prevenção, e de promoção da saúde, na perspectiva da saúde do trabalhador. Em sua atual formatação institucional, prevista na Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009, a Renast deve integrar a rede de serviços do SUS por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

A Renast é composta por Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) que recebem recursos do Fundo Nacional de Saúde para realizar ações de promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho.

Segundo o site do Renast on-line:

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) promovem ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância. Existem dois tipos de Cerest: os estaduais e os regionais.

Cabe aos Cerest promover a integração da rede de serviços de saúde do SUS, assim como suas vigilâncias e gestão, na incorporação da Saúde do Trabalhador em sua atuação rotineira. Suas atribuições incluem apoiar investigações de maior complexidade, assessorar a realização de convênios de cooperação técnica, subsidiar a formulação de políticas públicas, fortalecer a articulação entre a atenção básica, de média e alta complexidade para identificar e atender acidentes e agravos relacionados ao trabalho, em especial, mas não exclusivamente, aqueles contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho ou de notificação compulsória.

Em 2006, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que se caracteriza por uma política transversal, estimulando ações intersetoriais, fortalecer a participação social, promover mudanças na cultura organizacional entre outros (Brasil, 2010). Segundo o documento

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (p. 10)

A PNPS priorizou as seguintes áreas de ações: 1. divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde; 2. alimentação saudável; 3. prática corporal/atividade física; 4. prevenção e controle do tabagismo; 5. redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; 6. redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; 7. prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; 8. promoção do desenvolvimento sustentável (Brasil, 2010).

Como uma das estratégias para a implementação da PNSB, o Ministério da Saúde recomenda:

e) divulgação de informações e definição de mecanismos de incentivo para a promoção de ambientes de trabalho saudáveis com ênfase na redução dos riscos de acidentes de trabalho (Ib., p.21)

E dentre as áreas de ações, três incorporam atividades voltadas aos trabalhadores:

Alimentação saudável (Ib., p.30)

e) articulação e mobilização dos setores público e privado para a adoção de ambientes que favoreçam a alimentação saudável, o que inclui: espaços propícios à amamentação pelas nutrizes trabalhadoras, oferta de refeições saudáveis nos locais de trabalho, nas escolas e para as populações institucionalizadas;

Prática corporal/atividade física (Ib., p.35)

e) articular parcerias estimulando práticas corporais/atividade física no ambiente de trabalho (p.35);

Prevenção de controle do tabagismo (Ib., p.36)

V – Investir na promoção de ambientes de trabalho livres de tabaco:

- a) realizando ações educativas, normativas e organizacionais que visem estimular mudanças na cultura organizacional que levem à redução do tabagismo entre trabalhadores; e
- b) atuando junto a profissionais da área de saúde ocupacional e outros atores-chave das organizações/instituições para a disseminação contínua de informações sobre os riscos do tabagismo e do tabagismo passivo, a implementação de normas para restringir o fumo nas dependências dos ambientes de trabalho, a sinalização relativa às restrições ao consumo nas mesmas e a capacitação de profissionais de saúde ocupacional para apoiar a cessação de fumar de funcionários.

Em agosto de 2012, por meio da Portaria nº 1.823, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT (Brasil, 2012a):

Art. 2º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Art. 5º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observará os seguintes princípios e diretrizes:

- I – universalidade;
- II – integralidade;
- III – participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social;
- IV – descentralização;
- V – hierarquização;

VI – equidade; e

VI – precaução.

Art. 6º Para fins de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, deverá-se considerar a articulação entre:

- I – as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores;
- II – as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e
- III – o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais.

Em seu anexo I – ELEMENTOS INFORMATIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA, item 8, é descrito

8. A promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis deve ser compreendida **como um conjunto de ações, articuladas intra e intersetorialmente, que possibilite a intervenção nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, a atuação em situações de vulnerabilidade e de violação de direitos e na garantia da dignidade do trabalhador no trabalho**. A articulação intra e intersetorial deve buscar a adoção de estratégias que viabilizem a inserção de medidas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores nas políticas, públicas e privadas, mediante a garantia da participação do setor saúde/saúde do trabalhador na definição das políticas setoriais e intersetoriais. **A indissociabilidade entre produção, trabalho, saúde e ambiente compreende que a saúde dos trabalhadores, e da população geral, está intimamente relacionada às formas de produção e consumo e de exploração dos recursos naturais** e seus impactos no meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Nesta perspectiva, o princípio da precaução deve ser incorporado como norteador das ações de promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis, especialmente nas questões relativas à sustentabilidade socioambiental dos processos produtivos. Isto implica na adoção do conceito de sustentabilidade socioambiental, como integrador de políticas públicas, incorporando nas políticas de desenvolvimento social e econômico o entendimento de que a qualidade de vida e a saúde envolvem o direito de trabalhar e viver em ambientes saudáveis e com dignidade, e ao mesmo tempo, evitando o aprofundamento das iniquidades e das injustiças sociais. A dignidade no trabalho refere-se à garantia da manutenção de relações éticas e de respeito nos locais de trabalho, o reconhecimento do direito dos trabalhadores à informação, à participação e à livre manifestação. Compreende também o entendimento da defesa e da promoção da qualidade de vida e da saúde como valores absolutos e universais (Brasil, 2012a, grifo nosso).

Apesar de representar um grande avanço para a saúde de todos os trabalhadores, há pela frente um grande desafio para sua real implementação.

Sobre isso, Gómez (2013) conclui que

Temos para frente uma tarefa coletiva, que demanda empenho de todos os atores no estabelecimento de pactos entre instituições públicas, centros acadêmicos e instâncias organizativas da sociedade civil de tornar realidade prática uma política que construímos. É um imenso desafio a ser enfrentado com realismo e dedicação por todos os que acreditam ser possível investir em uma classe trabalhadora com mais saúde, mais ciente de seus direitos e mais participante na sua conquista. (Ib., p.24)

Além do governo Federal, o Serviço Nacional da Indústria (SESI) também tem tido um importante papel na divulgação de documentos que informam sobre a importância de atividades promotoras de saúde nas empresas/organizações, tal como o documento *Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação*, tradução de uma importante publicação da OMS sobre o tema (OMS,2010).

Em setembro de 2014, o SESI lançou a *Rede de Promoção da Saúde do Trabalhador*, cujo objetivo é, por meio de consultores, ajudar as indústrias a identificar investimentos em qualidade de vida dos trabalhadores que têm maior potencial de retorno (Rodrigues, 2014)

Segundo Rodrigues (2014) no portal do SESI

O objetivo da rede é permitir a troca de experiências e disseminação de boas práticas do SESI na promoção da saúde e prevenção de doenças entre os trabalhadores. Além disso, a rede pretende criar novos produtos e serviços que contribuam para a redução dos custos da indústria com faltas ao trabalho e presenteísmo de trabalhadores (quando se está no trabalho, mas não tem produtividade).

Assim, como já vem sendo feito pela Instituição, haverá maior monitoramento da saúde e dos hábitos de vida dos profissionais da indústria que visará auxiliar a gestão da qualidade de vida nas empresas e o atendimento às exigências legais (Rodrigues, 2014).

Segundo Pellegrini Filho et al. (2014), no caso do Brasil, existe a garantia da saúde como direito constitucional, que obriga o Estado e a sociedade a preservar a saúde de seus cidadãos, inclusive os trabalhadores, e assim, tanto o Estado como as empresas apresentam a responsabilidade pela saúde dos trabalhadores.

Ainda, segundo os autores, no caso do nosso país

Necessariamente, as iniciativas locais de empresas promotoras de saúde (ou ambientes de trabalho saudáveis) devem estar perfeitamente conectadas com as autoridades sanitárias locais correspondentes (secretarias de saúde e trabalho, entre outras) e integradas ao sistema local de saúde e às equipes de Saúde da Família. (Ib., p.318)

O fomento às iniciativas de ambientes de trabalho saudáveis é de fundamental importância para a saúde pública e a economia do nosso país, pois, segundo estimativas da OMS/Fórum Econômico internacional, o impacto de doenças relacionadas ao estilo de vida no Brasil para 2015 será da ordem de 9,3 bilhões de dólares (WHO, 2015b).

Muitos dos programas de promoção da saúde, no ambiente de trabalho desenvolvidos no Brasil, apresentam muitas similaridades com os programas de *wellness* norte-americanos ou são baseados nos programas de saúde ocupacional tradicionais. Corroboramos do pensamento de Grazziano e Bianco (2013) a este respeito quando afirma que

No passado, o termo “saúde ocupacional” se referia a um ambiente de trabalho saudável, e programas de segurança do trabalhador eram voltados quase exclusivamente à prevenção de doenças e acidentes ocupacionais. Com a mudança do cenário social e a implantação de políticas de promoção da saúde, programas que visem à promoção da saúde do trabalhador devem ser concebidos com novo enfoque, englobando a proteção de sua saúde contra os riscos ocupacionais e a promoção da saúde de modo a neutralizar as causas não ocupacionais que levem ao adoecimento dos trabalhadores. (Ib., p.587)

Como se observa, a filosofia da promoção da saúde no ambiente de trabalho no nosso país ainda é um fato recente necessitando-se de maior amadurecimento teórico-conceitual e prático por parte daqueles que executam intervenções nos ambientes de trabalho sob a chancela de ‘promotoras da saúde’. A tendência é que este campo expanda nos próximos anos, mas que já é verificada pelo crescente número de publicações nacionais sobre o tema. Nesse sentido, é de se destacar as publicações “*Programas de promoção de saúde que funcionam nas empresas*” (Ogata, 2015) e “*Como avaliar programas de promoção da saúde no ambiente de trabalho*” (O’Donnell, 2015), ambas veiculadas pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar.

Em 28/10/2014, o ministro Arthur Chioro lançou a nova Política Nacional de Promoção da Saúde, que visa deter o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) no Brasil (Brasil, 2014)

De acordo com o a versão preliminar do documento

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS) revisada aponta a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, com o imperativo da participação social e dos movimentos populares, em virtude da impossibilidade do setor sanitário de responder sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes que influenciam a saúde (Ib.,p.3).

O documento ainda descreve os temas transversais, que servem de referências para a formulação de agendas de promoção da saúde, para adoção de estratégias e temas prioritários, operando em consonância com os princípios e valores do SUS e da PNaPS, com um item (V) destacando a importância da vida no trabalho (Brasil, 2014):

I. Determinantes Sociais da Saúde (DSS), equidade e respeito à diversidade.

Significa identificar as diferenças nas condições e nas oportunidades de vida, buscando alocar recursos e esforços para a redução das desigualdades injustas e evitáveis, por meio do diálogo entre os saberes técnicos e populares.

II. Desenvolvimento sustentável

Refere-se a dar visibilidade aos modos de consumo e produção relacionados com o tema priorizado, mapeando possibilidades de intervir naqueles que sejam deletérios à saúde, adequando tecnologias e potencialidades de acordo com especificidades locais, sem comprometer as necessidades futuras. (Grifo nosso)

III. Redes de produção social da saúde e do cuidado

Representa incorporar o tema na lógica de redes que favoreça práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, que reforcem a ação comunitária, a participação e o controle social e promovam o reconhecimento e o diálogo entre as diversas formas do saber (populares, tradicionais e científicos), construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde. Significa também vincular o tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores, que, de forma integrada e articulada por objetivos comuns, podem atuar na promoção da saúde.

IV. Ambientes e territórios saudáveis

Significa relacionar o tema priorizado **com os ambientes e os territórios de vida e de trabalho das pessoas e das coletividades**, identificando oportunidades de inclusão da promoção da saúde nas ações e atividades desenvolvidas, de maneira participativa e dialógica.

V. Vida no trabalho

Compreende interrelacionar o tema priorizado com o trabalho formal e não formal e com os distintos setores da economia (primário, secundário e terciário), considerando os espaços urbano e rural, identificando oportunidades de operacionalização na lógica da promoção da saúde das ações e atividades desenvolvidas nos distintos locais, de maneira participativa e dialógica. (Grifo nosso)

VI. Cultura da paz e direitos humanos

Consiste em criar oportunidades de convivência, de solidariedade, de respeito à vida e de fortalecimento de vínculos, desenvolvendo tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos diante de situações de tensão social, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, reduzindo as violências e construindo práticas solidárias e da cultura de paz (Ib. pp. 13-14, grifo nosso)

Além disso, o documento descreve os eixos operacionais, caracterizados como *estratégias para concretizar ações de promoção da saúde, respeitando os valores, princípios, objetivos e diretrizes da PNaPS*, sendo eles

I. Territorialização

Execução de ações que identifiquem singularidades territoriais para o desenvolvimento de políticas, programas e intervenções e que ampliem o sentimento de pertencimento territorial;

II. Articulação e cooperação intra e intersetorial

Compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns entre os diferentes setores e, entre diferentes áreas do mesmo setor.

III. Participação e controle social

Ampliação da representação e da inclusão de sujeitos na elaboração de políticas públicas e nas decisões relevantes que afetam a vida dos indivíduos, da comunidade e dos seus contextos.

IV. Gestão

Priorização de processos democráticos e participativos de regulação e controle, planejamento, monitoramento, avaliação, financiamento e comunicação.

V. Educação e formação

Incentivo a atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos.

VI. Vigilância, monitoramento e avaliação

Utilização de múltiplas abordagens na geração e análise de informações sobre as condições de saúde de sujeitos e grupos populacionais visando subsidiar decisões, intervenções e implantar políticas públicas de saúde e qualidade de vida.

VII. Produção e disseminação de conhecimentos e saberes

Estímulo a uma atitude reflexiva e resolutiva sobre problemas, necessidades e potencialidades dos coletivos em cogestão, compartilhando e divulgando os resultados de maneira ampla com a coletividade.

VIII. Comunicação social e mídia

Uso das diversas expressões comunicacionais, formais e populares, para favorecer a escuta e a vocalização dos distintos grupos envolvidos, contemplando informações sobre o planejamento, execução, resultados, impactos, eficiência, eficácia, efetividade e benefícios das ações (Ib., pp.15-16).

A saúde do trabalhador brasileiro

O SESI realizou, entre 2006 e 2008, uma pesquisa pioneira sobre o perfil de estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores da indústria, em âmbito nacional, abrangendo 2.775 empresas e 47.886 trabalhadores, intitulada *Estilo de Vida e Hábitos de Lazer dos Trabalhadores das Indústrias Brasileiras* (Confederação Nacional da Indústria, 2009). Dentre os principais resultados, observou-se que:

- 16,2% dos trabalhadores referiram uma percepção de saúde negativa (regular e ruim), com maior prevalência observada nas regiões Nordeste e Norte e entre as mulheres;
- o grau de percepção positiva de bem-estar mais baixo ocorreu no lazer (66,3%), o que significa que 33,7% dos trabalhadores demonstram não estar satisfeitos com suas vidas neste contexto;
- a prevalência de fumantes entre os trabalhadores da indústria foi de 13,1%, sendo significativamente maior entre os homens, os trabalhadores com 40 anos ou mais, os trabalhadores casados, com menor escolaridade, aqueles com menor renda familiar mensal e os trabalhadores de empresas de médio porte;
- a proporção de trabalhadores que relataram não realizar qualquer forma de atividade física no lazer (exercícios físicos, esportes, dança ou artes marciais) foi de 45,4%. A proporção de trabalhadores classificados como inativos no lazer foi maior entre as mulheres, os trabalhadores com 40 anos ou mais, os trabalhadores casados, os trabalhadores com menor escolaridade, os trabalhadores com menor renda familiar mensal e os trabalhadores das empresas de pequeno porte;
- sobre ginástica na empresa, 65,9% dos trabalhadores referiram que a empresa onde trabalham não oferece programas de ginástica e 85,6% dos trabalhadores das empresas de pequeno porte referiram que não são oferecidos programas de ginástica na empresa;

- constatou-se que a prevalência de trabalhadores com excesso de peso foi de 40,5% (incluindo 7,9% com obesidade), sendo que a maior proporção foi observada entre os homens e trabalhadores com idade igual ou acima dos 40 anos e com menor escolaridade;
- entre os trabalhadores da indústria, 59,2% referiram não consumir frutas ou sucos naturais em cinco ou mais dias na semana;
- sobre relação à frequência de consumo demasiado de doces – balas, tortas, sonhos, sorvetes (5 ou mais dias na semana), observou-se que 14,8% dos trabalhadores possuem esse hábito;
- o percentual de trabalhadores que referiram consumo demasiado de refrigerantes (5 ou mais dias na semana) foi de 21,4%.

Em pesquisa realizada, em 2009, pela empresa CPH Health, do segmento de saúde corporativa, com o objetivo de investigar as tendências emergentes em programas de bem-estar e promoção de saúde, patrocinados por empregadores, verificou-se que 49% dos funcionários das companhias brasileiras apresentam um significativo nível de estresse. O levantamento, feito com 194.000 empregados de 200 organizações, mostrou também que 76% deles praticavam atividade física insuficiente, 68% trabalhavam sentados a maior parte do dia, 48% tinham elevado nível de ansiedade e 45% estavam acima do peso ou obesos (CPH Health, 2015).

Segundo recente pesquisa realizada, pela Metlife, em 2013, com empresas brasileiras, os principais produtos oferecidos pelos empregadores eram: seguro saúde (71%); seguro de vida (71%); seguro odontológico (59%), com estes dois últimos sendo oferecidos, além dos obrigatórios por lei. Outros benefícios oferecidos incluem seguro de acidentes pessoais (46%) e um plano de aposentadoria (15%). Em de 2013, dois dos três principais produtos de propriedade para todos os funcionários brasileiros se relacionaram com a saúde e bem-estar: o seguro-saúde (78%) e o seguro odontológico (63%).

O papel da Organização Mundial da Saúde no protagonismo dos ambientes de trabalho saudáveis

Após a OMS apoiar, em 1986, a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá, onde a estratégia dos contextos (*settings approach*) para a promoção da saúde é descrita pela primeira vez, ela também ajudou a desenvolver, ao longo dos anos, uma rede de mais de 60 centros colaboradores em saúde ocupacional que, a cada dois anos, reuniam-se para elaborar planejamentos e ações coordenadas.

Na Segunda Reunião de Centros Colaboradores da OMS em Saúde Ocupacional, realizada em Pequim, em 1994, os participantes assinaram a *Declaração de Saúde Ocupacional para todos*. Na declaração consta uma afirmação clara de que o termo “saúde ocupacional” inclui a prevenção de acidentes (saúde e segurança), e fatores como o estresse psicossocial. A declaração instigou os Estados-Membros a aumentar suas atividades de saúde ocupacional (Burton, 2010).

A importância do ambiente de trabalho como um importante contexto para a promoção da saúde voltou a ser enfatizada na IV Conferência Internacional sobre a promoção da saúde, ocorrida em Jacarta, Indonésia, em julho de 1997. A Conferência enfatizou a importância da cooperação e parcerias multissetoriais para vencer os desafios de saúde pública, e destacou a abordagem de contextos (*settings approach*) como uma das principais estratégias para avançar a promoção da saúde. Assim, o ambiente de trabalho, juntamente com a escola, os hospitais, a cidade e mercados têm se consolidado como contextos prioritários para a promoção da saúde para o século 21.

Nela, os participantes do simpósio sobre locais de trabalho saudáveis destacaram a grande importância dos ambientes de trabalho para a promoção da saúde das populações de trabalhadores, suas famílias, ami-

gos, a comunidade e a sociedade em geral. As mudanças nos padrões de emprego e trabalho, tais como o aumento de empregos temporários, de meio período, autoempregos e teletrabalhos, ou trabalhos a distância, deve fazer com que os gestores e trabalhadores da saúde reflitam sobre o foco dos seus investimentos e esforços na população adulta que trabalha em empresas de grande porte, pois os contextos de trabalho informais, de pequena escala e microempresas estão se tornando cada vez mais importantes (WHO, 1997b).

Consta na Declaração de Jacarta, sobre ambientes de trabalho saudáveis (WHO, 1997b), que abordagens abrangentes no ambiente de trabalho são aquelas que levam em consideração fatores físicos, emocionais, psicológicos, organizacionais e econômicos, dos contextos de trabalho e aqueles que fazem a interface com eles, como as cidades saudáveis, hospitais, escolas promotoras de saúde, entre outras. O documento esclarece que esta abordagem é baseada em quatro princípios fundamentais (WHO, 1997b):

- promoção da saúde;
- saúde e segurança ocupacional;
- gestão de recursos humanos;
- desenvolvimento social e ambiental sustentável.

Juntos, esses princípios fundamentais tornam possível lidar com o impacto de uma ampla variedade de fatores sobre as pessoas que trabalham, a comunidade do entorno e a sociedade em geral.

No mesmo ano, a OMS, por meio da *Global Strategy on Occupational Health for All*, criou a Abordagem Global do Trabalho Saudável (WHO, 1997), definida como

Um processo contínuo para o aprimoramento da qualidade de vida no trabalho, saúde e bem-estar de todas as populações trabalhadoras, por meio de melhorias ambientais (físicas, psicossociais, organizacionais, econômicas), empoderamento pessoal e crescimento pessoal (Chu et al, 1997, p.9)

Como descrito na estratégia, seu objetivo é melhorar a qualidade de vida no trabalho e beneficiar a saúde e o bem-estar de todos os setores dos ambientes de trabalho, sejam eles setores formais ou informais, verificado especialmente em países em desenvolvimento.

Em 1998, a OMS lançou o documento intitulado “*The Health-Promotion Workplace: Making it Happen*” no qual descreve que os quatro princípios fundamentais do ambiente de trabalho saudável são (WHO, 1998a):

1. abrangência: incorpora uma gama de intervenções que cria um ambiente de trabalho seguro, saudável e suportivo, e promove mudanças individuais e organizacionais para melhorar a saúde;
2. participação e empoderamento: encoraja a participação dos empregados e gerentes nas decisões que afetam sua saúde, aumenta a confiança na sua habilidade para fazer mudanças em suas vidas, e promove o desenvolvimento de competências para a proteção e a promoção da saúde;
3. multissetorial: envolve partes chaves interessadas de diferentes setores, incluindo governo, indústria, o setor saúde, instituições acadêmicas, sindicatos, organizações não governamentais, a comunidade e outros.
4. multidisciplinar: integra o *expertise* de profissionais de várias disciplinas, incluindo a saúde e segurança ocupacional, medicina, educação em saúde, recursos humanos, desenvolvimento organizacional, profissionais que trabalham com estilos de vida (ex: profissionais de educação física, nutricionistas), leis, facilidades de planejamento e gestão (Ib., p.2)

Segundo ainda, o documento, o objetivo da iniciativa da OMS dos ambientes de trabalho saudáveis é aumentar o número de ambientes de trabalho que realmente possam ser denominados de ‘promotores da saúde’. Além disso, a OMS propõe-se a oferecer suporte técnico aos países no desenvolvimento de projetos relacionados à saúde no ambiente trabalho.

Em 2007, em sua sexagésima assembleia, a OMS endossou o Plano de Ação Global para a Saúde dos Trabalhadores, 2008-2017 (WHO, 2007) que propõe cinco objetivos para serem considerados e adaptados pelos países em suas prioridades nacionais e circunstâncias específicas, sendo eles: 1. elaborar e implementar instrumentos para políticas em saúde dos trabalhadores; 2. proteger e promover a saúde no ambiente de trabalho; 3. melhorar o desempenho e o acesso aos serviços de saúde ocupacionais; 4. prover e comunicar evidências para ações se práticas; 5. incorporar a saúde dos trabalhadores em outras políticas.

Com base neste plano de ação global, a OMS lançou, em abril de 2010, a Estrutura Global para Ambientes de Trabalho Saudáveis (*Global Framework for Healthy Workplaces*) e o documento *Healthy workplaces: a model for action. For employers, workers, policy-makers and practitioners* (WHO, 2010). A partir de então, a OMS tem se esforçado para desenvolver uma série de ferramentas baseadas em evidências e boas práticas para ajudar na implementação da estratégia dos ambientes de trabalho saudáveis em nível mundial.

Elaboração de programas de promoção da saúde em ambientes de trabalho*****

A literatura mundial apresenta vários modelos de planejamento em promoção da saúde e PSAT. Quanto maior o contexto, maior o número de partes interessadas que podem, em diferentes graus, serem atores e influenciarem tanto as condições de governança para a saúde como nos processos em direção a um ambiente saudável de trabalho e sustentável (Chapman, 2004; Dive, 2004; Chenoweth, 2011). Para o presente capítulo, apresentamos o modelo desenvolvido pela OMS e que se encontra em consonância com os conceitos e valores da carta de Ottawa, e que podem ser extrapolados para os contextos do setor saúde.

A OMS desenvolveu um modelo e uma estrutura para ambientes de trabalho saudáveis que inclui rotas de influência, processos e princípios fundamentais, e que parece ser universalmente suportado pela literatura e pela percepção de especialistas e profissionais no campo da saúde, segurança e saúde organizacional, para ser aplicado tanto em ambientes de trabalho formais e informais (Burton, 2010). Segundo o documento, estrutura e o modelo apresentado incluem conteúdos e processos que podem ser implementados por qualquer ambiente de trabalho de qualquer tamanho, em qualquer país.

Vias ou áreas de influência para implementação das intervenções

Segundo a OMS, qualquer empresa ou organização que deseja criar um ambiente de trabalho que proteja, promova a apoio a saúde física, mental e social dos trabalhadores deve considerar atingir quatro vias ou áreas de influência onde ações possam melhor ocorrer, baseadas nas necessidades identificadas. Essas vias são quatro formas pelas quais o empregador, trabalhando em colaboração com seus trabalhadores, pode influenciar o estado de saúde não só dos trabalhadores, mas da organização ou empresa como um todo, em termos de eficiência, produtividade e competitividade (Burton, 2010).

Estas quatro vias são:

1. o ambiente físico do trabalho;
2. o ambiente psicossocial do trabalho;
3. os recursos para a saúde pessoal no ambiente de trabalho;
4. o envolvimento da empresa/organização na comunidade.

***** Extraído e traduzido do documento WHO Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices. WHO: Geneva; 2010. Com autorização da OMS.

Elas não são consideradas entidades separadas, pois, na prática, cada uma cruza e sobrepõe-se a outra. A OMS sugere um modelo gráfico com quatro círculos sobrepostos para representar as quatro vias ou áreas de influência onde ações promotoras de saúde de saúde podem ocorrer em empresas ou organizações, como apresentado na Figura 3.

Envolvimento comunitário da empresa **Ambiente psicossocial do trabalho**



Figura 3: As quatro vias de influência para o ambiente saudável de trabalho da OMS. Fonte: WHO, 2010. Com a autorização da WHO.

Uma organização ou empresa pode não apresentar a necessidade de alcançar cada uma destas quatro vias o tempo todo, pois o planejamento deve se basear nas necessidades e preferências identificadas por meio da avaliação do processo, que envolve a consulta com os trabalhadores e seus representantes.

1. O ambiente de trabalho físico

O ambiente de trabalho físico de trabalho refere-se ao espaço e os equipamentos que podem ser detectados pelos sentidos humanos ou eletrônicos, incluindo a estrutura física, o ar, maquinários, móveis, produtos químicos, materiais e processos de produção presentes no ambiente de trabalho, e que pode afetar a segurança física, mental e bem-estar dos trabalhadores. Também fazem parte do ambiente físico do trabalho o trabalhador que realiza suas tarefas ao ar livre ou em um veículo (ex: construção civil, ambulâncias, empilhadeiras). Muitos perigos podem ser advindos do ambiente físico, como produtos químicos (solventes, ar, sílica etc.), físicos (ruído, vibração, altas temperaturas etc.). Diversos autores verificaram associações entre exposição prolongada ao ruído industrial e hipertensão arterial, bruxismo e atrição dentária em trabalhadores (Tomei et al. 2000; Kovacevic e Belojevic, 2006; Yousefi Rizi e Hasanzadeh, 2013). Além disso, riscos biológicos (microrganismos, falta de água limpa e instalações sanitárias), ergonômicos (ex: força excessiva, movimentos repetitivos), mecânicos (ex: danos causados por máquinas), elétricos e relacionados a dirigir (ex: a condução em veículos mal conservados ou pouco conhecidos pelo operador) podem causar problemas na saúde do trabalhador.

O controle das influências no ambiente físico é tradicionalmente realizado pela área de saúde e segurança ocupacional tradicional. Para prevenir a exposição à perigos laborais, evitando-se doenças e lesões, os perigos no ambiente de trabalho devem ser reconhecidos, avaliados e controlados por meio de uma hierarquia de processos de controles que incluem a eliminação ou substituição, controles de engenharia, controles administrativos e equipamento de proteção pessoal, de preferência nesta ordem.

Exemplos de maneiras para influenciar o ambiente físico de trabalho:

- Eliminação ou substituição: eliminar o uso de benzeno em algum tipo de processo industrial e o substituir pelo tolueno ou outro produto químico menos tóxico; eliminar a necessidade de condução dos trabalhadores por meio de reuniões de teleconferência; eliminar as fontes de mofo no local de trabalho.
- Controles de engenharia: instale dispositivos de segurança e proteção nas máquinas e adesivos de 'perigo de morte' em algumas máquinas; instalar sistemas de exaustão local para remover gases tóxicos antes que eles atinjam o trabalhador; instalar redutores de ruído em equipamentos ruidosos; fornecer sistemas para descarte seguro de agulhas e dispositivos para elevação de pacientes em hospitais.
- Controles administrativos: assegurar uma boa limpeza, treinar os trabalhadores sobre os procedimentos operacionais de segurança, realizar manutenção preventiva em máquinas e equipamentos, utilizar rotação de trabalho para evitar o excesso de exposição a um produto químico perigoso, implementar uma política de segurança da frota; impor uma política livre de fumo no local de trabalho.
 - Equipamento de proteção individual: fornecer respiradores (máscaras) para os empregados que trabalham em condições com poeira; fornecer capacetes e botas de segurança para os trabalhadores da construção civil, luvas para os profissionais da saúde, oferecer protetores auriculares e oculares aos trabalhadores.

Retorno ao trabalho

Quando um trabalhador retornar ao trabalho depois de uma lesão ou doença, quer relacionadas com o trabalho ou não, algumas modificações podem ter que ser realizadas no ambiente físico de trabalho para evitar o risco de uma nova lesão. Exemplos disso podem ser aumentar a área de trabalho para o deslocamento do trabalhador ou proporcionar uma melhor proteção auricular. Este tipo de intervenção é considerado como prevenção secundária.

2. O ambiente psicossocial de trabalho

Algumas vezes denominados O ambiente psicossocial do trabalho inclui a cultura organizacional, bem como atitudes, valores, crenças e práticas cotidianas da empresa que afetam o bem-estar mental e físico dos trabalhadores. Os denominados 'estressores' do ambiente de trabalho podem causar estresse emocional ou mental aos trabalhadores.

Exemplos de perigos psicossociais incluem, mas não estão limitados a:

- organização do trabalho deficiente (ex: problemas com as demandas de trabalho, a pressão para o cumprimento de prazos, flexibilidade nas decisões, recompensas e reconhecimento, altas cargas de trabalho, o apoio dos supervisores, clareza do trabalho realizado, concepção do trabalho, formação profissional, comunicação deficiente);
- cultura organizacional (ex: a falta de políticas e práticas relacionadas com dignidade e respeito para todos os trabalhadores; assédio e intimidação; discriminação com base na condição de HIV; discriminação de gênero, etnia, orientação sexual, religião; falta de apoio para o início e manutenção de estilos de vida saudáveis);

- estilo de gestão de comando e controle (ex: ausência de: consulta, negociação, comunicação bilateral, *feedback* construtivos, gestão de desempenho realizada de forma respeitosa);
- aplicação e proteção inconsistente dos direitos básicos do trabalhador (aplicação da legislação e normas de emprego para os contratos; direito à licença maternidade; práticas de contratação não discriminatórias; horas de trabalho satisfatórias; direito à afastamento, tempo de férias e questões ligadas à saúde e segurança no trabalho, etc.);
- questões de trabalho por turnos;
- falta de apoio para o equilíbrio entre vida e trabalho;
- falta de consciência e competência para lidar com questões de saúde e saúde mental
- medo da perda do emprego relacionados à fusões, aquisições, reorganizações, ou o mercado de trabalho / economia.

Exemplos de formas para influenciar o ambiente psicossocial do trabalho:

Os riscos não físicos devem ser abordados da mesma forma como os riscos físicos, embora eles serão avaliados com diferentes ferramentas (por exemplo, por meio de inquéritos ou entrevistas, em vez de inspeções). Eles devem ser reconhecidos, avaliados e controlados por meio de uma hierarquia de controles que visam eliminar o risco, se possível, ou modificá-lo na fonte; diminuir o impacto sobre o trabalhador; ou ajudar o trabalhador a proteger-se de seus efeitos. Alguns exemplos são:

- eliminar ou modificar o risco na fonte: realocação do trabalho para reduzir a carga de trabalho, substituir ou treinar gerentes / supervisores em habilidades de comunicação e liderança; impor tolerância zero para assédio, intimidação ou discriminação no local de trabalho; aplicar todas as normas e leis legais relativas às condições de trabalho ou crie políticas internas para suplementar as leis já existentes (por exemplo, compensação suplementar à licença de maternidade, disponibilidade de espaços para mães que amamentam; local de trabalho livre de fumo).
- diminuir o impacto sobre o trabalhador: permitir flexibilidade para lidar com situações de conflito no trabalho e na vida pessoal; fornecer suporte dos supervisores e colega de trabalho (recursos e apoio emocional); permitir que os trabalhadores escolham seus horários de turno tanto quanto possível; permitir flexibilidade quanto ao local e os horários de trabalho; forneça informações abertas e honestas sobre futuras mudanças organizacionais, em tempo hábil.
- proteger o trabalhador: treine os trabalhadores em técnicas de gerenciamento de estresse, incluindo abordagens cognitivas. Sensibilização e formação dos trabalhadores, por exemplo, na prevenção de situações de conflito ou de assédio.

Retorno ao trabalho

Tal como acontece com o ambiente físico de trabalho, quando alguém está para regressar ao trabalho depois de uma lesão ou doença, pode haver necessidade de haver ajustamentos no ambiente de trabalho psicossocial, a fim de evitar uma nova lesão, ou outra recidiva de uma doença. Por exemplo, o trabalho poderia ser reorganizado, a carga de trabalho poderia ser reduzida, o horário de trabalho mudado, ou haver mais flexibilidade em termos da forma como o trabalho é feito. Se a doença era resultado de assédios ou outros comportamentos no trabalho, eliminar o comportamento antes do retorno ao trabalho.

3. Os recursos para a saúde pessoais no ambiente de trabalho

Os recursos para a saúde pessoais no ambiente de trabalho referem-se ao ambiente de apoio, aos serviços de saúde, às informações, aos recursos, às flexibilidades e às oportunidades que a empresa pro-

vê ao trabalhador para apoiar ou motivar seus esforços de iniciar, manter ou melhorar estilos de vida saudáveis, tão bem quanto monitorar e dar apoio para a saúde sua saúde física e mental. As condições do ambiente de trabalho ou a falta de informação e conhecimento podem tornar difícil para os trabalhadores adotarem estilos de vida saudáveis ou permanecerem saudáveis.

Por exemplo:

- a falta de atividade física pode ser resultante de longas horas de trabalho, do custo das academias ou equipamentos de ginástica, da falta de flexibilidade em relação a quando e por quanto tempo os intervalos podem ser realizados.
- a má alimentação pode ser resultado de falta de acesso a lanches ou refeições saudáveis no ambiente de trabalho, a falta de tempo para fazer pausas para as refeições, a ausência de refrigeradores para guardar alimentos saudáveis, a falta de conhecimento sobre alimentação saudável.
- fumar pode ser permitido ou adequado ao ambiente de trabalho.
- o uso ou abuso do álcool pode ser encorajado, tolerado ou disponibilizado pelas práticas no ambiente de trabalho.
- a má qualidade ou quantidade do sono pode resultar do estresse no ambiente de trabalho, cargas de trabalho ou trabalhos por turnos.
- Doenças podem permanecer não diagnosticadas ou não tratadas devido à falta de cuidados de saúde primários acessíveis e / ou gratuitos.
- a falta de conhecimentos ou recursos para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) pode resultar em altos níveis de infecção pelo vírus do HIV ou outras DSTs.

Exemplos de formas de fornecer recursos para a saúde pessoais no ambiente de trabalho

A empresa/organização pode fornecer um ambiente de apoio e de recursos sob a forma de serviços médico-odontológicos, informação, formação, apoio financeiro, instalações, apoio político, flexibilidade ou programas promocionais para capacitar e incentivar os trabalhadores a desenvolverem e continuarem práticas de estilos de vida saudáveis.

Alguns exemplos são:

- proporcione instalações para ginástica para os trabalhadores, ou oferecer um subsídio financeiro para aulas de ginástica ou aquisição de equipamentos;
 - incentive o transporte ativo (caminhadas, uso de bicicleta) ao invés do transporte passivo em atividades relacionadas ao trabalho, sempre que possível, por meio de adaptações na carga e nos processos de trabalho;
 - proporcione e subsidiar escolhas alimentares saudáveis nas cantinas e nas máquinas de venda automática;
 - permita a flexibilidade no tempo e na duração das pausas do trabalho para permitir a prática de exercícios;
 - implemente políticas de proibição do fumo no ambiente de trabalho e monitore-as;
 - implemente campanhas promocionais ou competições para incentivar a atividade física, alimentação saudável, ou outras atividades divertidas no ambiente de trabalho;
 - provenha informações sobre álcool e drogas, bem como serviços assistenciais de aconselhamento aos empregados.
 - proporcione programas de cessação do tabagismo (informações, medicamentos, incentivos) para ajudar os fumantes a pararem de fumar;
- implemente políticas de turnos de trabalho saudáveis, permitindo que o trabalhador escolha, tanto quanto possível, o turno, e forneça orientações para um sono reparador e eficaz;

- preste serviços médicos confidenciais, tais como avaliações em saúde, exames médicos, acompanhamento médico (por exemplo, avaliação da perda auditiva, dos níveis de chumbo no sangue, testes de HIV) e tratamento médico se não estiver acessível na comunidade (por exemplo, o tratamento antirretroviral para o HIV);
- forneça informações confidenciais e recursos (por exemplo, preservativos) para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Segundo a OMS, esta avenida ou área de influência é talvez a mais difícil de aplicar aos trabalhadores do setor informal, uma vez que, em geral todos os programas e as políticas de benefícios existentes não se aplicam a eles. No entanto, um empregador motivado pode optar por estender extraoficialmente os benefícios, serviços e flexibilidade na programação para os trabalhadores informais, e fornecer informações sobre educação em saúde para eles.

4. Envolvimento da empresa/organização na comunidade

As empresas ou organizações, geralmente, estão localizadas dentro de uma determinada comunidade na qual impacta e é impactada por ela. Visto que os trabalhadores vivem em suas comunidades, sua saúde é afetada pelos aspectos físicos, ambientais e sociais da comunidade.

O envolvimento da empresa ou organização na comunidade compreende atividades, *expertise*, e outros recursos que a empresa disponibiliza ou oferece à comunidade física ou social e que afetam a saúde física e mental, a segurança e o bem-estar dos trabalhadores e suas famílias.

Exemplos de questões que afetam a comunidade local de trabalho

Alguns problemas globais e locais da comunidade que podem afetar os trabalhadores são:

- má qualidade do ar na comunidade;
- fontes de água poluídas na comunidade;
- falta de *expertise* ou conhecimentos sobre saúde ou segurança pela comunidade;
- falta de acesso a cuidados primários de saúde pelos trabalhadores e suas famílias;
- falta de leis nacionais ou regionais para proteger os direitos das mulheres ou outros grupos vulneráveis;
- falta de alfabetização entre os trabalhadores e os suas famílias;
- desastres da comunidade, tais como inundações, terremotos;
- falta de fundos para iniciativas ou causas locais sem fins lucrativos;
- altos níveis de infecção pelo HIV na comunidade, e pouco acesso a recursos de prevenção ou tratamento a preços acessíveis;
- falta de infraestrutura ou de segurança na comunidade para incentivar o transporte ativo para ir e voltar do trabalho, bem como durante as horas de lazer.

Exemplos de maneiras empresas podem se envolver na comunidade:

A empresa/organização pode optar por fornecer apoio e recursos, por exemplo:

- Prestar cuidados de saúde primária gratuita ou a preços acessíveis para os trabalhadores, incluindo o acesso dos membros da família, trabalhadores das pequenas e médias empresas e os trabalhadores informais.
- Instituir políticas de igualdade de gênero no local de trabalho para proteger e apoiar as mulheres ou políticas de proteção para outros grupos vulneráveis mesmo quando não sejam legalmente obrigatórias

- Proporcionar alfabetização suplementar gratuita ou a preços acessíveis para os trabalhadores e suas famílias.
- Proporcionar liderança e *expertise* relacionadas à saúde e segurança no trabalho para as pequenas e médias empresas sem estes recursos na comunidade.
- Implementar o controle voluntário sobre os poluentes liberados no ar ou na água pela empresa.
- Implementar políticas e práticas de contratação de trabalhadores com deficiência física ou mental, influenciando, assim, o desemprego e questões culturais na comunidade.
- Incentivar e permitir que os trabalhadores se voluntariem para trabalhar em organizações sem fins lucrativos durante o horário de trabalho.
- Fornecer apoio financeiro à causas na comunidade que valem a pena sem uma expectativa concomitante de publicidade da empresa ou exigências de compra de produtos da empresa pela comunidade.
- Ir além das normas legislativas para minimizar as emissões de gases do efeito estufa e encontrar outras formas de minimizar as emissões de carbono da empresa.
- Fornecer medicamentos antirretrovirais não só para os trabalhadores, mas para os membros da família também.
- Trabalhar em parceria com os administradores da comunidade para construir e assegurar praticidade e segurança de ciclovias, calçadas, sistema de transporte público e melhorias na segurança.

Claramente, os tipos de problemas enfrentados por empresas e organizações de um país desenvolvido serão muito diferentes daqueles de um país em desenvolvimento, devido às amplas diferenças legais e os ambientes políticos nos países. Assim, portanto, os tipos de iniciativas e soluções que são adequadas para as empresas serão diferentes. Em um país altamente desenvolvido, com um excelente sistema nacional de saúde e uma legislação forte e bem aplicada relacionada à saúde, segurança, direitos humanos, etc., as coisas que uma empresa e/ou organização pode fazer para se envolver com a comunidade podem ser mais discretas a apresentar menor impacto imediato e óbvio na comunidade. Em uma nação em desenvolvimento, na ausência de cuidados de saúde acessíveis ou no cumprimento das leis trabalhistas, as atividades da empresa/organização na comunidade pode fazer uma grande diferença para a qualidade de vida dos empregados e suas famílias.

O processo de implementação e manutenção de um ambiente de trabalho saudável

O processo de implementação e manutenção de um ambiente de trabalho saudável que seja sustentável e efetivo ao alcance das necessidades dos trabalhadores e empregadores requer mais do que conhecer quais tipos de questões a considerar, como descrito nas quatro vias ou áreas de influências. Para criar com sucesso um ambiente de trabalho saudável, uma empresa ou organização deve seguir um processo que envolve a melhoria contínua, a abordagem de gestão de sistemas, e que incorpore a transferência de conhecimentos e componentes de pesquisa-ação (WHO, 2010). O processo adotado pela WHO é baseado na adaptação do escritório regional da OMS do Pacífico Ocidental.

Ele é um processo cíclico ou iterativo que continuamente planeja, age, revisa e melhora as atividades do programa. Ele está representado graficamente na figura 4.



Figura 4: Modelo da OMS de processo de melhorias contínuas dos ambientes de trabalho saudáveis.
Fonte: WHO, 2010. Com a autorização da WHO.

Como observado, dois dos princípios fundamentais para o sucesso das intervenções são o compromisso da liderança, baseada em valores fundamentais e ética, e a participação dos trabalhadores.

O compromisso da liderança com base em valores fundamentais depende de três fatores. O primeiro refere-se a mobilizar e conquistar o compromisso das principais partes interessadas, pois um programa para um ambiente de trabalho saudável deve estar integrado aos objetivos, metas e valores da empresa. Outro aspecto obrigatório é receber as permissões, recursos e apoio necessários dos proprietários, da alta direção, lideranças sindicais ou líderes informais. É fundamental obter este compromisso e incorporá-lo antes de dar prosseguimento ao processo. O terceiro fator é a manifestação concreta desse compromisso, demonstrado por meio do desenvolvimento e adoção de uma política integral firmada pela autoridade máxima da empresa e comunicada a todos os trabalhadores. Isso indica, de forma clara, que as iniciativas voltadas a um ambiente de trabalho saudável são parte da estratégia de negócios da empresa.

Em relação à participação dos trabalhadores, um dos achados mais consistentes das pesquisas sobre efetividade desta iniciativa é, para que estes programas tenham sucesso, os trabalhadores afetados por eles e seus representantes devem ser envolvidos de forma significativa em cada passo do processo, do planejamento à implementação. Os trabalhadores e seus representantes não devem ser simplesmente “consultados” ou “informados” sobre o que está acontecendo, mas devem ser envolvidos ativamente, sendo solicitados a dar ideias e opiniões, e tê-las ouvidas e implementadas.

Em muitas situações, o alcance de uma participação satisfatória dos trabalhadores requererá que eles tenham uma voz coletiva, por meio de um sindicato ou de outro sistema de representação. Schnall et al. (2009), ao revisarem as intervenções no ambiente de trabalho que tiveram sucesso, concluíram que

[...] uma voz coletiva forte é singularmente o elemento mais importante encontrado entre todas as várias intervenções descritas. Até o momento, poucas iniciativas de mudança da organização do trabalho foram bem sucedidas na ausência de voz coletiva forte (p.169).

Ainda, sobre a importância da participação, a *European Agency for Safety and Health at Work* descreve que

A participação dos trabalhadores é uma parte importante da gestão da saúde e segurança. Os gestores não têm as soluções para todos os problemas de saúde e segurança, enquanto os trabalhadores e os seus represen-

tantes têm o conhecimento detalhado e experiência de como o trabalho é feito e como isso afeta-los. Portanto os trabalhadores e os gestores precisam trabalhar juntos para encontrar soluções conjuntas para problemas comuns (EASHW, 2014).

Aliado a isso, os trabalhadores devem ativamente influenciar as tomadas de decisões dos gerentes, pois:

- a participação dos trabalhadores ajuda no desenvolvimento de formas realísticas e efetivas de protegê-los;
- ao tornarem-se envolvidos em um problema no estágio de planejamento, os trabalhadores tornam-se mais propensos de identificar problemas e suas causas, de encontrar soluções práticas e concordar com o resultado final;
- se é dada aos trabalhadores a oportunidade de participarem na estruturação dos sistemas de segurança do trabalho, eles então poderão aconselhar, sugerir e requerer melhorias – ajudando a desenvolver medidas para prevenir os acidentes ocupacionais à tempo e de uma forma custo-efetiva;
- nos locais onde os trabalhadores estão envolvidos desde os estágios iniciais do planejamento, eles se sentirão comprometidos com a solução;
- a comunicação e a motivação em geral serão melhoradas.

É importante reconhecer que nem todas as pessoas, inclusive os profissionais da área de saúde e segurança do trabalhador, possuem o conhecimento e as ferramentas necessárias para abordar determinadas questões prioritárias. Nesse caso, é importante recorrer a outros especialistas, por exemplo, pesquisadores de universidades locais ou especialistas de instituições de saúde e segurança no município, por exemplo. Representantes sindicais que receberam treinamento especial em saúde e segurança no trabalho e especialistas na área que trabalham em empresas locais de maior porte também podem ser recrutados. Estes especialistas podem orientar e auxiliar as empresas menores. Visitar outras empresas para observar as boas práticas locais utilizadas também é outra excelente maneira de aprender com os outros. Além disso, o mundo virtual contém uma grande quantidade de recursos e informações (WHO, 2010)

O processo cíclico de planejamento

1. Mobilizar

É fundamental mobilizar e ganhar o compromisso dos principais tomadores de decisão e líderes de opinião-chave na empresa e na comunidade antes de iniciar o processo. Se a permissão, recursos ou apoio são requeridos do proprietário, gerente sênior, líder sindical, ou líder informal, é importante obter esse compromisso e adesão antes de dar prosseguimento ao processo de planejamento. Este é um primeiro passo essencial e deve ser reconhecido que, por vezes, para mobilizar os tomadores de decisões chaves para investir em mudanças, é necessário fazer alguma coleta de informações iniciais. As pessoas apresentam diferentes valores, operam em diferentes enquadramentos éticos, e são motivadas e mobilizadas por diferentes coisas, tais como dados apresentados, ciência, lógica, histórias humanas, consciência ou crenças religiosas. Conhecendo-se quem são os líderes e tomadores de decisões na empresa ou organização, e o que os mobiliza, poderá ajudar o protagonista da promoção da saúde no ambiente de trabalho na obtenção do compromisso com a saúde por parte das pessoas-chave para o início e sustentabilidade do processo (WHO, 2010).

O termo mobilizar representa alcançar mais do que um simples 'ok' do proprietário ou gerente, pois seu real comprometimento com a causa ajudará no desenvolvimento e adoção de uma política abrangente, que será assinada pela mais alta cúpula da empresa e comunicada a todos os funcionários e seus representantes. O envolvimento dos principais líderes na mobilização de recursos para a mudança faci-

lita a provisão de pessoas, tempo e outros requisitos necessários para se obter melhorias sustentáveis no ambiente de trabalho (WHO, 2010).

Apesar do compromisso da gestão ser parte importante da etapa inicial de mobilização do processo, o compromisso das lideranças e tomadores de decisões deve continuar a cada passo do processo, daí sua localização-chave no cerne do processo circular visualizado na figura 4.

2. Reunir

Uma vez que os principais interessados foram mobilizados e firmaram o seu compromisso com a causa, eles serão capazes de demonstrar esse compromisso pelo fornecimento de recursos. Este é o momento para reunir ou montar uma equipe que irá trabalhar na implementação das mudanças no ambiente de trabalho. Se já existe um comitê de saúde e segurança, o grupo pré-existente pode ser capaz de assumir esse papel adicional. Um cuidado que deve ser tomado em países com comitês ou equipes de saúde e segurança legalmente obrigatórios, é que muitas vezes há inúmeras exigências legais que esta equipe deve desenvolver e estas tarefas provavelmente terão precedência sobre outras atividades mais amplas relacionadas ao ambiente de trabalho saudável. No caso de grandes empresas, é melhor criar uma comissão independente, mas desde que sejam tomadas medidas para garantir que haja uma integração entre as comissões de saúde e segurança no trabalho e a do ambiente de trabalho saudável. No caso da comissão do ambiente de trabalho saudável, a equipe pode ser composta de representantes dos vários níveis e setores da empresa/organização, e pode incluir os profissionais de saúde ocupacional, o pessoal dos recursos humanos, engenheiros, e profissionais da saúde que fornecem serviços à empresa. É importante que haja representantes do sindicato, se for o caso, e em qualquer caso, que, pelo menos, metade dos membros seja composta por trabalhadores não pertencentes à administração da empresa. Além disso, é importante haver um equilíbrio do número de mulheres na equipe, pois elas também podem estar expostas a sérios riscos relacionados a saúde, segurança e bem-estar no ambiente de trabalho, e suas vozes devem ser ouvidas a cada estágio da criação de um ambiente de trabalho saudável (WHO, 2010).

Nos ambientes de trabalho pequenos, é útil envolver especialistas ou pessoal de apoio de fora do ambiente, se possível. Por exemplo, profissionais de saúde ocupacional de grandes empresas da vizinhança, de clínicas de saúde ocupacional, de unidades de saúde ou de uma agência de segurança ambiental podem ser de grande valor (WHO, 2010).

Além de montar a equipe, este é um bom momento para garantir que haja espaço e tempo necessários para reunir as pessoas durante o horário de trabalho, um orçamento para o projeto e recursos mínimos para o comitê fazer o trabalho, tais como uma sala, computadores, impressoras, papel, etc. (WHO, 2010).

3. Diagnosticar

O primeiro conjunto de tarefas que a equipe que trabalhará com a proposta do ambiente de trabalho saudável deve realizar refere-se a duas grandes categorias de diagnósticos: 1. diagnóstico da situação atual da empresa e dos trabalhadores; 2. as condições e resultados futuros desejados tanto para a empresa como os trabalhadores (WHO, 2010).

A situação presente da empresa pode ser diagnosticada por meio de várias ferramentas, dependendo do tamanho e da complexidade da organização. Em corporações maiores, a avaliação inicial deve coletar dados sobre as características demográficas dos trabalhadores, doenças e injúrias pessoais e aquelas causadas pelo trabalho, rotatividade dos funcionários, queixas do sindicato, e preocupações que emergiram de inspeções ou processos de avaliação de riscos e perigos no ambiente trabalho. Dados de produtividade podem ser pesquisados na avaliação inicial (*baseline*), caso disponível. Se uma ampla

identificação e avaliação de riscos e perigos ainda não foram feitas, devem então ser realizadas neste momento. As políticas ou práticas atuais relativas a qualquer uma das quatro vias ou áreas de influência devem ser revistas e tabuladas. Além disso, é necessário avaliar a saúde atual dos trabalhadores. No caso de empresas maiores, isso irá requerer inquéritos confidenciais ou avaliações de risco à saúde. No caso de inquéritos, é importante que sejam elaboradas e investigadas questões relativas às quatro vias de influência, ou seja, sobre a cultura organizacional, as lideranças, o estresse no trabalho, as fontes de estresse não relacionadas ao trabalho, e às práticas de saúde pessoal, bem como as preocupações dos trabalhadores sobre os perigos a que estão expostos no seu ambiente de trabalho físico ou na sua comunidade. Em organizações menores, esta avaliação pode ser feita de maneira mais fácil e simples, utilizando até mesmo da metodologia de grupos de discussão com trabalhadores e seus representantes para levantarem-se estas informações (WHO, 2010).

O futuro desejado para a empresa ou organização também deve ser avaliado. Para uma grande empresa, isso pode envolver alguns exercícios de *benchmarking* para determinar como empresas similares estão fazendo em relação aos dados descritos. Pode ser importante fazer uma revisão da literatura para levantarem-se estudos de caso de boas práticas ou recomendações de boas práticas. Para os trabalhadores individuais, é necessário perguntar suas opiniões sobre o que gostariam de fazer para melhorar o seu ambiente de trabalho e sua saúde, e o que eles pensam que o empregador poderia fazer para ajudá-los.

Para uma empresa pequena, investigar práticas locais existentes em outras organizações é uma boa maneira de encontrar ideias do que deve ser feito. Isso pode ser realizado por meio de conversas com os especialistas locais ou visitas a empresas locais que apresentam situações similares (WHO, 2010).

Dados importantes para este momento do processo podem ser recuperados de documentos e relatórios de inspeção, estatísticas de acidentes e de lesões, auditorias de segurança, dados de absenteísmo etc.; inspeção a pé no ambiente para identificar perigos e riscos potenciais para a saúde no ambiente físico; monitoramento ambiental e vigilância à saúde: com a ajuda de especialistas em higiene e medicina do trabalho, saúde ocupacional e ou engenharia ambiental é possível obter dados sobre agentes físicos e químicos no ambiente de trabalho e da quantidade de exposição do trabalhador. Também, por meio de um inquérito confidencial e anônimo, tanto em papel como na forma eletrônica, pode-se investigar sobre os temas supracitados. Outra forma de se coletar dados é por meio de discussões fomentadas por um grupo focal, no qual encontros em pequenos grupos são facilitados por um líder, e que apresentam objetivos específicos levantados a partir de questões estruturadas. Ele é considerado um método particularmente útil para a utilização em pequenas empresas/organizações ou para grupos de trabalhadores com baixo nível de escolaridade e também pode ser utilizado para validar as informações coletadas por meio de questionários. No caso de entrevistas, podem ser feitas investigações mais profundas realizadas face a face com as partes interessadas. Há também caixa de sugestões, que é uma forma de solicitar sugestões de forma anônima, que por vezes podem ser mais sinceras do que aquelas coletadas por meio de grupos focais ou entrevistas (WHO, 2010).

Independentemente do método utilizado para coletar as informações supracitadas, é importante certificar-se de que as mulheres tenham a mesma oportunidade de participar que os homens. Instrumentos de pesquisa devem ser confidenciais e anônimos, mas devem coletar informações sobre o sexo dos participantes, de modo que as informações obtidas possam ser analisadas separadamente, para trazer à tona questões que são mais importantes para indivíduos de um determinado sexo em relação a outro. Se as informações foram coletadas a partir de grupos focais, é essencial fornecer um ambiente seguro para as mulheres expressarem livremente as suas opiniões, e não se sentirem intimidadas por trabalhadores do sexo masculino. Além disso, é prudente saber que os homens podem, por vezes, se sentirem relutantes em expressar seus medos e preocupações em um grupo com pessoas de ambos os sexos (WHO, 2010).

4. Priorizar



Figura 5: Pirâmide das necessidades humanas
Gde Maslow.

Antes de tentar estabelecer prioridades, no entanto, é sábio discutir e acordar sobre os critérios a serem utilizados nas tomadas de decisões sobre as prioridades. Como uma decisão será tomada a respeito do que é mais importante – fornecer respiradores para os trabalhadores que fazem jateamento de areia, ou eliminar o assédio racial no ambiente de trabalho? Ao fazer essas decisões, há duas coisas importantes a ter em consideração: 1. as opiniões e as preferências das partes no ambiente de trabalho, incluindo gestores, trabalhadores e seus representantes; 2. a posição na hierarquia de necessidades de Maslow (WHO, 2010).

O primeiro ponto é de suma importância, mas potencialmente perigoso se os trabalhadores e os seus representantes não tiverem o conhecimento suficiente sobre os riscos de não tomar decisões informadas. O segundo ponto refere-se ao sistema de classificação de necessidades humanas, proposto por Abraham Maslow, o qual é frequentemente caracterizado na figura 5.

É necessário, inicialmente, lidar com questões mais próximas da base da pirâmide (necessidades fisiológicas: alimentação, vestimenta, água, sono, excreção etc.; necessidades de segurança: segurança do corpo, estabilidade no emprego e no lar, recursos, abrigo, etc.) antes de se preocupar com os níveis superiores (necessidades de autorrealização: desenvolvimento pessoal, conquista, moralidade, criatividade, etc.). Na maioria dos casos, os problemas relacionados com a segurança física e saúde são mais básicos e imediatamente ameaçadores do que aqueles relacionados à saúde mental e ao bem-estar, e é por esse fato que os países geralmente desenvolvem legislações nesta área em primeiro lugar. A inalação de sílica no ambiente de trabalho vai matar um trabalhador muito mais rapidamente do que aquele que experimenta assédio racial, apesar de ambos serem insalubres (WHO, 2010).

Outros critérios que podem ser considerados

- quanto fácil é implementar uma solução para o problema (considerar ‘vitórias rápidas’ que podem motivar e incentivar o progresso contínuo);
- o risco para os trabalhadores (esta é uma combinação da gravidade da exposição ao perigo e à probabilidade dele ocorrer);
- a possibilidade de fazer a diferença (incluindo a existência de soluções efetivas para o problema, a prontidão do empregador de fazer mudanças, ou a probabilidade de sucesso);
- o custo relativo do problema se ele for ignorado;
- considerações ‘políticas’ (que pode incluir questões reais relacionadas com a situação política de um país ou comunidade, ou as denominadas ‘políticas internas’, questões relacionados ao poder empresarial/organizacional e sua influência).

Uma vez alcançado um acordo sobre os critérios, existem várias maneiras de selecionar prioridades. Uma forma é simplesmente listar todos os problemas e deixar que todos escolham os três superiores. Em seguida, somam-se os números para cada item e depois se observam o ranqueamento das prioridades. Outro método é categorizar cada um dos problemas, como (a) importante e urgente; ou (b) urgente, mas não importante; ou (c) importante, mas não urgente. Colocar os itens A no topo da lista e enfrentá-los em primeiro lugar, em consulta com o proprietário/gerente e/ou o conselho gestor da empresa/organização. Em seguida, elabore um plano com a equipe para os outros itens após a prioridade A ter sido alcançada. Se existem quaisquer itens na lista que não são considerados importantes e urgentes, eles podem ser retirados da lista (WHO, 2010).

5. Planejar

O próximo grande passo é desenvolver um plano em saúde. Em uma grande empresa e/ou organização, isso pode ser um grande plano para os próximos três a cinco anos que definirá as atividades gerais para resolver os problemas prioritários, com prazos amplos. Se permissões adicionais forem necessárias por parte dos gerentes do alto escalão para seguir em frente com o que foi planejado, então a lógica e os dados necessários para cada recomendação deve ser incluída no plano, a fim de garantir seu apoio por parte da diretoria. No plano global, a equipe que trabalha com a estratégia do ambiente saudável de trabalho pode ainda não ter os detalhes das ações a serem tomadas, e podem incluir no plano itens como “desenvolver e implementar um programa para aumentar a atividade física do trabalhador”, sem ainda saber muito os detalhes. O plano global deve ter algumas metas e objetivos de longo prazo definidos, de forma que no futuro seja possível determinar se houve sucesso (WHO, 2010).

Depois de desenvolver o plano de longo prazo, um plano anual deve ser desenvolvido para atender o maior número de itens de alta prioridade no primeiro ano. Um plano anual pode ser feito para cada um dos 3-5 anos do plano global, embora estes não precisem ser feitos desde o início (WHO, 2010).

Quando considerar soluções para os problemas prioritários, é importante lembrar-se novamente do princípio de ‘aprender com os outros’ e pesquisar maneiras de resolver os problemas. Neste momento, é extremamente importante lembrar as quatro vias de influências. Um erro comum cometido pelas empresas e organizações é pensar que as soluções para um problema no ambiente de trabalho físico devem ser soluções físicas, por exemplo. Recordando as informações sobre a forma como a saúde física e mental estão inter-relacionadas, é fundamental considerar as quatro vias ou áreas de influência na concepção de soluções para qualquer problema. Por exemplo, se houver um problema relacionado ao risco de amputação de trabalhadores de máquinas, não é suficiente apenas colocar proteções nas máquinas (uma solução física). Consideração também deve ser dada aos fatores psicossociais como sobrecarga de trabalho, ou uma cultura organizacional que coloca a produtividade antes de segurança. Se eles não forem considerados, os trabalhadores provavelmente removerão as proteções ou barreiras, a fim de trabalharem mais rápido (WHO, 2010).

Após a obtenção de qualquer aprovação adicional necessária para, a princípio, o plano de 3-5 anos, é hora de desenvolver programas específicos ou planos de ação política para o primeiro plano anual. Este é o lugar onde os detalhes são explicitados para cada programa ou política que será implementado. Para os programas de educação em saúde, é importante garantir que eles sejam conduzidos para além do simples aumento da consciência e que incluam o desenvolvimento de habilidades pessoais e mudanças de comportamentos. O orçamento necessário, as instalações e os recursos devem ser incluídos em um plano de ação, bem como o planejamento do lançamento, marketing e promoção do programa ou política e treinamento para qualquer nova política. Os planejadores, geralmente, esquecem-se de avaliar os planos executados para cada iniciativa pelo período do programa. Assim, assegurar que cada iniciativa tenha metas e objetivos claramente mensuráveis tornará a avaliação mais fácil no futuro (Burton, 2010). No quadro 1 são apresentadas outras ideias para isso.

Quadro 1. Aplicação do processo OMS para melhoria contínua em grandes e pequenas empresas, organizações e instituições.

Passo	Grandes Empresas/ organizações	Pequenas Empresas/organizações
Mobilizar	Obtenha apoio da equipe dos gerentes e superiores, líderes sindicais ou outros representantes dos trabalhadores. Garanta que seja colocada em vigor uma ampla política de saúde, segurança e bem-estar. Garanta que a saúde e o bem-estar do trabalhador sejam mencionados na missão ou visão da corporação. Garanta que os recursos e o orçamento anual sejam alocados para atividades relacionadas aos ambientes de trabalho saudáveis, incluindo as atividades relacionadas à saúde dos trabalhadores.	Explique o conceito de ambiente de trabalho saudável e da promoção da saúde para o proprietário ou o empresário e obter permissão para prosseguir. Obtenha permissão para realizar reuniões de curta duração com os trabalhadores a fim de determinar as necessidades e ideias para soluções relacionadas a saúde. Obtenha um compromisso do gerente/empresário para terem tempo suficiente para planejar e implementarem os programas. Ajude o proprietário/empresário a desenvolver uma pequena política de saúde/segurança/bem-estar que possa ser assinada e afixada no ambiente de trabalho.
Reunir	Crie uma comissão de 10 a 15 pessoas que representem diferentes departamentos e locais de trabalho. Desenvolva termos de referência. Estabeleça subcomissões regionais se a empresa/organização é composta por muitos locais. Garanta a representação conjunta dos trabalhadores da saúde, incluindo as equipes de saúde e dos comitês de saúde e segurança ocupacional.	Procure por 2 ou 3 voluntários para ajudar com o trabalho (Grupo de Trabalho Local para Ambiente de Trabalho Saudável). Se houver diferentes tipos de postos de trabalho na empresa/organização (por exemplo, os motoristas e os trabalhadores) tente obter um representante de cada grupo para ajudar. Se você puder encontrar especialistas de grandes empresas ou organizações dispostos a ajudar, inclua-os. Procure um espaço que possa encontrar e reunir todos os materiais que você irá precisar.

Diagnosticar	Coletar dados demográficos sobre mão de obra, absentismo, incapacidade de curto e longo prazo e revezamentos por motivos de saúde. Realizar um levantamento abrangente confidencial de todo o pessoal perguntando sobre o estado de saúde geral e bucal, suas preocupações com a segurança e bem-estar, possibilidades de cuidar da saúde, as fontes de estresse no ambiente de trabalho ou no lar, sobre as lideranças, o envolvimento dos funcionários, etc. Na pesquisa, perguntar o que eles gostariam de fazer como indivíduos para melhorar sua saúde e pergunte também como eles acham que o empregador poderia ajudar. Faça uma auditoria abrangente para avaliar todos os perigos e riscos no ambiente de trabalho; ou revise os resultados dos relatórios regulares de inspeção do trabalho.	Se for possível (e necessário), encontre uma maneira para que o Grupo de Trabalho possa aprender sobre saúde, segurança e bem-estar relacionados à indústria na qual trabalham. Obtenha uma lista de verificação (checklist) da Organização Mundial da Saúde, Organização Internacional do Trabalho, Agência Europeia para a segurança e saúde dos trabalhadores europeus, Ministério do Trabalho e Emprego, autores que publicaram artigos e livros sobre Odontologia do Trabalho ou faça você mesmo um, e faça um passeio pelo seu ambiente de trabalho à procura de perigos. Determine boas práticas locais e consulte especialistas externos, conforme apropriado. Realize uma reunião com todos os trabalhadores. Solicite ao proprietário/gerente para iniciar a reunião assegurando aos trabalhadores o seu compromisso com o conceito de ambiente de trabalho saudável e a saúde dos trabalhadores. Conduza uma discussão com os trabalhadores sobre preocupações com a sua saúde segurança e bem-estar. Inclua as preocupações com a família, a comunidade e aquelas que dizem respeito ao trabalho. Troque ideias sobre o que os empregados e os empregadores podem fazer para melhorar as coisas. Não se esqueça de perguntar sobre as preocupações relacionadas com o estresse, bem como preocupações físicas e a saúde. Fazer um encontro do Grupo de Trabalho com o proprietário /empresário separadamente para perguntar sobre suas ideias referentes aos temas supracitados.

Priorizar	Analisar os resultados da pesquisa e da auditoria/inspeção. Priorizar a partir de comparações entre áreas consideradas como de alta necessidade pelos gestores com aquelas consideradas como de alta 'necessidade' por parte dos empregados.	Faça isso ao mesmo tempo na primeira reunião, se possível, ou em uma reunião posterior. Liste os problemas e soluções e peça às pessoas para escolherem os seus principais problemas, entre eles, os relacionados à saúde (entre 3-5).
Planejar	Desenvolva um amplo plano anual de ações por 3-5 anos. Elaborar planos anuais com estratégias de ação detalhados para cada atividade específica, programa ou política nova. Fundamente os planos de ação na teoria dos estágios de mudança quando for o caso (mais informações sobre a teoria dos estágios de mudança encontram-se disponíveis no capítulo deste livro sobre teorias psicológicas) Inclua atividades que abordam a conscientização, conhecimento e desenvolvimento de habilidades, mudança de comportamento e ajustes ambientais/ organizacionais para criar ambientes suportivos à saúde dos trabalhadores. Em cada plano de ação específico, incluir os processos e as metas de resultados, bem como os planos de avaliação, prazos, orçamentos e planos de manutenção.	Planeje algumas atividades de curto prazo para lidar com projetos menores ou altas necessidades prioritárias imediatas. Mais uma vez, as boas práticas verificadas em outros ambientes da localidade podem servir como guia para o planejamento. Desenvolva um plano de longo prazo para realizar projetos maiores. Use as ideias do Grupo de Trabalho, bem como outros funcionários ou outras empresas/ organizações. Escreva o plano e faça uma lista do que você vai precisar para realizar cada atividade e apresentar ao proprietário / empresário, para aprovação ou negociação. Planeje para fazer uma coisa de cada vez.

Fazer	Divida responsabilidades entre os membros da comissão. Realize reuniões mensais ou bimestrais para avaliar o progresso em todos os projetos.	Realize os planos de ação com a assistência do proprietário / empresário e do Grupo de Trabalho.
Avaliar	Avalie o processo e o resultado de cada atividade confrontando com os planos de avaliação.	Em um tempo pré-determinado após o início de um projeto ou iniciativa, repita a caminhada de inspeção para avaliar se as deficiências anteriores melhoraram. Pergunte aos trabalhadores se eles acham que o projeto funcionou, por que sim ou por que não, e o que poderia ser melhorado.
Melhorar	Pelo menos uma vez por semestre reavalie o plano anual para atualizá-lo. Monitore as mudanças ao longo do tempo. Desenvolva planos anuais sobre as bases das avaliações em relação ao ano anterior.	Com base no que você viu e ouviu dos trabalhadores, mude o programa para melhorá-lo. Comece outro projeto, com base na sua lista de prioridades.

Fonte: Burton, 2010 (p. 96).

6. Fazer

Responsabilidades para cada plano de ação devem ser atribuído no plano, e, nesta fase, é apenas uma questão de implementar os planos de ação. É fundamental, novamente, envolver os trabalhadores e os seus representantes nesta fase, bem como nas outras etapas. Da mesma forma, buscar o apoio e compromisso dos gestores para os programas ou políticas específicas a fim de que sejam bem sucedidos. Algumas pesquisas descobriram que a integração do modelo de “estágios de mudança” de Prochaska na implementação é útil, uma vez que nem todos vão estar no mesmo estágio de prontidão para a mudança (WHO, 2010).

7. Avaliar

A avaliação é considerada um passo essencial no planejamento para ver o que está funcionando, o que não está, e quais são os impedimentos para o sucesso. Tanto o processo de implementação e os resultados devem ser avaliados, e deve haver avaliações dos resultados de curto prazo e longo prazo. Além disso, cada plano de ação ou iniciativa específica deve incluir um componente de avaliação, e é importante avaliar-se o sucesso global do programa de promoção de saúde no ambiente de trabalho após três

a cinco anos, ou após uma mudança significativa na empresa ou organização, por exemplo, a mudança dos gestores (WHO, 2010).

Embora seja improvável que as mudanças da saúde do trabalhador estejam causalmente relacionadas a mudanças na produtividade da empresa/organização ou a rentabilidade, é importante acompanhar esses números, e comparar com os concorrentes. Por exemplo, se os custos de seguro de saúde de uma empresa/organização continuarem a aumentar, mesmo após a implementação de estratégias para um ambiente de trabalho saudável, não significa necessariamente que elas tenham falhado. É importante olhar para os padrões de outras indústrias ou organizações de referência para comparações. Se os custos de seguros de saúde aumentaram em 20% em outras empresas/organizações semelhantes, mas apenas 5% no seu contexto, isso é um indicador de sucesso (WHO, 2010).

Como avaliar se o local de trabalho é saudável ou promotor da saúde?

O questionário abaixo foi extraído do documento *Regional Guidelines for the Development of Healthy Workplaces* (WHO, 1999) e pode ser utilizada pelos profissionais e gestores como um rápido *checklist* para avaliarem em que medida o ambiente de trabalho que atuam é considerado promotor da saúde e as áreas que precisam ser melhoradas.

Quão saudável é o seu ambiente de trabalho?

Instruções:

Na lista a seguir, selecione uma pontuação desde 1 (menos saudável) a 10 (mais saudável) que melhor descreve o seu ambiente de trabalho para cada categoria listada abaixo. Sinta-se à vontade para adicionar quaisquer observações para ilustrar ou esclarecer a sua pontuação.

	Escores (0 a 10)	Observações
Políticas do ambiente de trabalho (PAT)		
PAT1-Existência de políticas de ambiente de trabalho saudável		
PAT1 – Reforço ao ambiente de trabalho livre de álcool e drogas		
PAT1 – Alto nível de segurança nutricional e alimentar nas cantinas		
PAT2 – Comitê de saúde e segurança do trabalho estabelecido		
PAT3 – Indicadores de monitoramento de progresso estabelecidos		
PAT4 – Educação e treinamento sobre saúde e segurança no trabalho		
PAT5 – Políticas de gestão de recursos humanos		
O ambiente organizacional (AO)		
AO1 – Participação dos trabalhadores nas tomadas de decisões		
AO1 – Prazos realistas estabelecidos		
AO1 – Oportunidades para fazer uma variedade de tarefas		
AO1 – Tempo de pausa suficiente		
AO1 – Boas relações entre os funcionários		

AO1 – Reconhecer e recompensar o alto desempenho		
AO2 – As mudanças de turno causam danos mínimos		
AO3 – Apoio aos funcionários que se aposentam		
AO4 – Proteção aos funcionários com necessidades especiais		
O ambiente físico (AF)		
AF1 – Provisão de um ambiente seguro e saudável		
AF2 – Minimizar a exposição aos perigos relacionados ao ambiente de trabalho		
AF3 – Uso de equipamentos de proteção individual		
AF4 – Gerente/supervisor responsável pela saúde e segurança dos trabalhadores		
AF5 – Água e condições sanitárias adequadas		
Estilos de vida e habilidades pessoais em saúde (EVHP)		
EVHP1 – Suporte para estilos de vida saudáveis		
EVHP2-Programas de nutrição		
EVHP2 – Programas de cessação do fumo		
EVHP2 – Programas de atividade física		
EVHP2 – Programas de gestão do estresse		
EVHP2 – Programas de saúde sexual e reprodutiva		
EVHP3 – Empresa/organização apresenta conexões com a família e a comunidade		
Serviços de Saúde (SS)		
SS1 – Serviços básicos de saúde disponíveis aos funcionários		
SS2 – Programas de reabilitação e de retorno ao trabalho		
SS3 – Participação dos serviços locais de saúde na empresa/organização		
Impacto no ambiente externo (IAE)		
IAE1 – Previne a poluição do ambiente externo		
IAE2 – Acesso a transporte seguro para ir e voltar do trabalho		
IAE3 – Desenvolve papéis positivos na vida da comunidade em que está inserido		

Fonte: WHO, 1999.

8. Melhorar

O último passo – ou o primeiro do novo ciclo – é fazer as mudanças necessárias com base nos resultados da avaliação para melhorar os programas que foram implementados, ou para adicioná-las nos próximos componentes. A avaliação pode diagnosticar novas necessidades emergentes que não foram contempladas no plano inicial, de modo que será necessária uma revisão do plano. Também pode ocorrer que algum método, técnica ou intervenção não funcionou como o previsto, e precisam ser revistos. Por outro lado, alguns sucessos podem ter sido alcançados. Assim, é importante reconhecer e divulgar o sucesso e ter certeza de que todas as partes envolvidas estão conscientes destas conquistas e continuam a prestar apoio ao programa (WHO, 2010).

A combinação dos componentes do um ambiente de trabalho saudável, é apresentada graficamente na figura 6, e representa o modelo da OMS para a criação de ambientes de trabalho saudáveis. Ele agrega a união das quatro vias ou áreas de influencia que definem o conteúdo de um programa de ambiente de trabalho promotor da saúde e os processos que devem ser usados para implementar um programa desse tipo e garantir que ele alcance e sustente seus objetivos. Este processo de melhorias contínuas ou sistema de gestão de saúde e segurança no trabalho pode ser visto como o motor que impulsiona o ambiente de trabalho saudável. O compromisso de gestão e a participação dos trabalhadores, com base em uma ética robusta de negócios e valores, são os princípios-chave em sua essência (Burton, 2010; WHO, 2010).

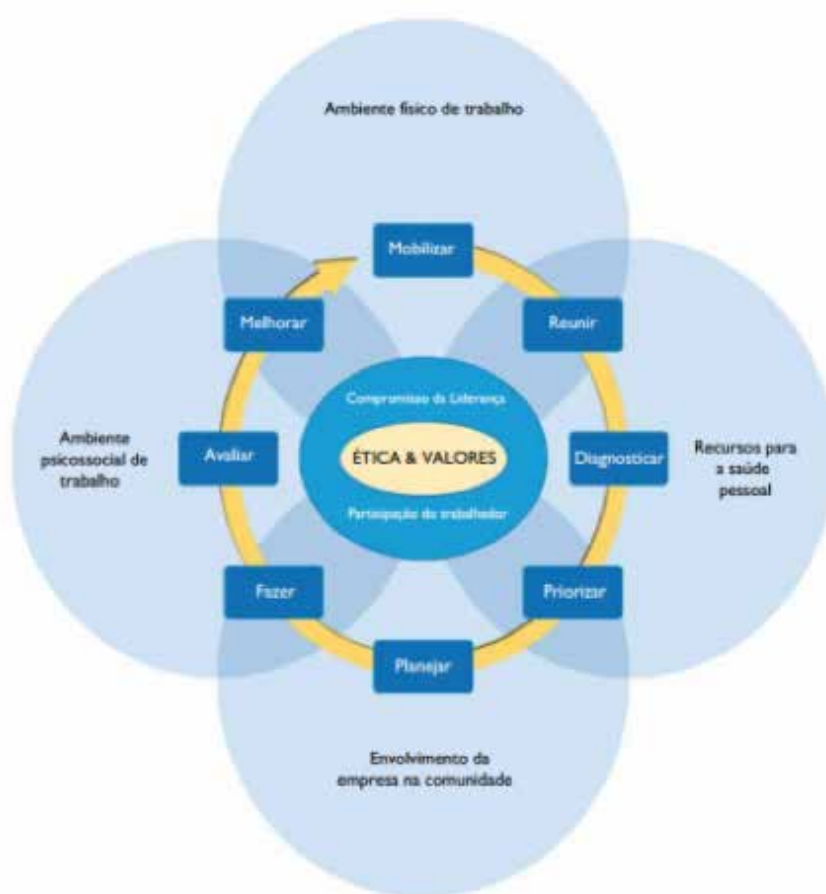


Figura 6: Modelo de ambiente de trabalho saudável da OMS: vias de influência, processos e princípios essenciais. Fonte: Burton (2010, p.3).

Segundo a OMS, há muita coisa que precisa ser feita para melhorar a saúde, a segurança e o bem-estar dos trabalhadores em termos mundiais. Parafraseando as prioridades do plano de ação global em saúde do trabalhador:

1. políticas devem ser desenvolvidas e implementadas no âmbito nacional e empresarial para apoiar a saúde do trabalhador;
2. a saúde deve ser protegida e promovida no ambiente de trabalho;
3. o acesso a SBSO deve ser melhorado;
4. as práticas baseadas em evidências eficazes para melhorar a saúde do trabalhador devem ser divulgadas;
5. a saúde do trabalhador deve ser considerada no contexto mais amplo da educação, comércio e desenvolvimento econômico.

Esta estrutura e modelo sugerem maneiras que os empregadores e os trabalhadores, bem como seus representantes em colaboração, podem fazer contribuições significativas para esses pontos. As empresas/organizações podem contribuir com os itens 1 e 2 ao desenvolver e implementar políticas que abordem os ambientes de trabalho físicos e psicossociais, promovem saúde e criam ambientes de trabalho promotores da saúde. As grandes empresas/organizações que se envolvem com a comunidade, fornecendo serviços de cuidados de saúde secundários e terciários, podem, assim, contribuir com o terceiro item. O grupo de trabalho que desenvolveu este quadro espera que este documento contribua para obtenção dos itens 4 e 5, e que possa auxiliar na motivação dos governantes interessados, empresas e sociedade civil para que trabalhem juntos visando criar um mundo em que a experiência dos trabalhadores aprimore a saúde física e o bem – estar resultante do seu trabalho.

Segundo Chu et al. (2000), os modelos e critérios de ações atualmente disponíveis apontam, de forma uniforme, os seguintes fatores como indicadores-chave de uma iniciativa de sucesso de ambientes de trabalho promotores da saúde:

- participação: todo o quadro de funcionários/trabalhadores deve ser envolvido em todas as fases do planejamento e implementação;
- gerenciamento de projetos: medidas e programas devem ser orientados para o ciclo de resolução de problemas: análise inicial, prioridades do contexto, planejamento, implementação, monitoramento contínuo e avaliação;
- integração: os programas devem ser integrados nas práticas de gestão regulares da empresa/organização e devem esforçar-se para formalizar as estratégias promotoras de saúde no ambiente de trabalho no plano corporativo da empresa/organização;
- abrangência: os programas devem incluir medidas direcionadas tanto aos indivíduos como ao ambiente, a partir de vários campos do conhecimento.

Como visto, a estratégia dos ambientes de trabalho saudáveis da OMS propõe ações mais holísticas voltadas aos amplos aspectos organizacionais, sociais e ambientais da saúde dos trabalhadores em suas instituições, que superam a tendência predominante dos programas que se auto intitulam como ‘promotores de saúde’, mas que, na realidade, focam seus objetivos apenas em mudanças comportamentais ou estilos de vida dos trabalhadores, tais como cessação tabágica ou alcoólica, redução do estresse ou esquemas de saúde mental, exercícios físicos, controle de peso, entre outros, com grande tendência em culpabilizar a vítima e pequena ou nenhuma consideração às condições que modelam estes comportamentos (Polanyi et al., 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ambiente de trabalho promotor da saúde é um conceito relativamente novo, mas que apresenta grande potencial de impactar positivamente na saúde biopsicossocial dos trabalhadores caso implementado segundo os valores e princípios da promoção da saúde e dos modelos propostos pela OMS.

Assim, é importante que o seu desenvolvimento seja realizado a partir de uma sólida base teórica e de evidências, a fim de que o planejamento e a implementação das intervenções não sejam focadas apenas em riscos e responsabilidades individuais pela saúde, que apresentam uma grande chance de apresentarem uma postura de ‘culpabilizadores da vítima’, e que ignoram os determinantes sociais e laborais mais amplos que impactam na saúde dos trabalhadores, eximindo a responsabilidade corporativa, dos serviços de saúde, governos e sociedade pela saúde do trabalhador. O modelo de ambiente saudável de trabalho aqui apresentado representa uma abordagem mais holística para promover a saúde dos trabalhadores e também é uma síntese dos melhores conhecimentos e experiências disponíveis em todo o mundo para seu planejamento e implementação.

Nesse sentido, é importante que evidências de efetividade de diferentes intervenções nesses locais, principalmente em ambientes de trabalho de pequeno e médio porte, sejam desenvolvidas e divulgadas, a fim de permitir a transferência de conhecimentos e experiências entre empresas e organizações. Além disso, participação dos trabalhadores no planejamento e implementação destes programas é de fundamental importância para a sustentabilidade e aceitação dos mesmos, maximizando seu potencial de sucesso em longo prazo.

Resta agora o desafio de expandir a estratégia no contexto do nosso país e tornar os ambientes de trabalhos saudáveis também aos trabalhadores informais, aos que trabalham em pequenos comércios, e aos trabalhadores da área saúde em seus diversos ambientes, sejam eles os da atenção básica, secundária e/ou terciária.

REFERÊNCIAS

- Anderson J. Health skills: the power to choose. *Health Educ J.* 1986; 45(1): 19-24.
- Associação Brasileira de Qualidade de Vida. Associação Brasileira de Qualidade de Vida promove XV Prêmio Nacional [acesso 2015 set 10]. Disponível em: <http://www.abqv.com.br>.
- Bessegato FM. Qualidade de vida relacionado ao trabalho em serviços de saúde pública [dissertação]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas de promoção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso 2015 set 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora. *Diário Oficial da União.* 2012a ago 24. Seção 1, p. 46-51.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.
- Brasil. Ministério da Previdência Social. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. Anuário estatístico da previdência social AEPS 2012. Brasília: DATAPREV; 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – DANTP. Minuta da Portaria de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde, de outubro de 2014 [acesso 2015 set 10]. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde a partir da revisão da Portaria nº 687, de 30 de março de 2006 [internet]. Disponível em: http://apsp.org.br/wp-content/uploads/2014/10/minuta-de-Portaria-da-PNaPS-Final-visto-por-Kalini-14_10_2014-1.pdf
- Bray I. Healthy employees, healthy business: easy, affordable ways to promote workplace wellness. 2. ed. Berkeley: NOLO; 2012.
- British Medical Association. Social determinants of health – what doctors can do. London: BMA; 2011.
- Buck Consultants. Report of working well: a global survey of health promotion and workplace wellness strategies. San Francisco: Buck Consultants; 2009.
- Burton J. WHO healthy workplace framework and model: background and supporting literature and practices. Geneva: WHO; 2010.
- Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009.
- Centers for Disease Control and Prevention. The National Institute for Occupational Safety and Health. Stress... at work. Cincinnati: NIOSH; 2014 [acesso 2015 set 10]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101>
- Chapela M. Glosario de terminos utilizados enel diplomado en promocion de la salud. México: Universidad Autonoma Metropolitana-Xochimilco. Diplomado em Promocion de La Salud; 1994.
- Chapman LS. Guidelines for health promotion in worksite settings. Am J Health Promot. 2004; 18(4): 6-9.
- Chenoweth D. Worksite health promotion. 3. ed. Champaign: Human Kinetics; 2011.
- Chu C, Breucker G, Harris H, Stitzel A. Health-promoting workplaces – International settings development. Health Promot Int. 2000; 15(2): 155-95.
- Chu C, Driscoll T, Dwyer S. WHO's global healthy work approach. Geneva: WHO; 1997.
- Confederação Nacional da Indústria. Serviço Social da Indústria. Estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores das indústrias brasileiras: relatório geral. Brasília: SESI/DN; 2009.
- Conrad P. Wellness in the work place: potentials and pitfalls of work-site health promotion. Milbank Q. 1987; 65(2): 255-75.
- Conrad P. Worksite health promotion: the social context. Soc Sci Med. 1988; 26(5): 485-9.
- CPH Health. Pesquisa mundial em promoção de saúde e bem-estar no ambiente corporativo [acesso 2015 set 10]. Disponível em: http://www.cph.com.br/corporativa_publicacoes_survey.php.
- Dive B. The healthy organization: a revolutionary approach to people & management. 2. ed. London: Kogan Page; 2004.
- Duxbury L, Higgins C. Work-life conflict in Canada in the new millennium: a status report – final report 2003 [acesso 2015 set 10]. Disponível em: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H72-21-186-2003E.pdf>.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. What we do. Publicado em 2014 nov 11 [acesso 2015 ago 10]. Disponível em: <http://www.eurofound.europa.eu/what-we-do>.
- European Network for Workplace Health Promotion. The Luxembourg Declaration on workplace health promotion in the European Union. This declaration was adopted by all members of the European Network for Workplace Health Promotion at the network meeting held in Luxembourg on November 27-28, 1997 [acesso 2015 set 18]. Disponível em: http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf

- European Network for Workplace Health Promotion. Cardiff Memorandum on workplace health promotion in small and medium sized enterprises. This memorandum was adopted by all members of the European Network for WHP at the network meeting held in Cardiff on April 24-25, 1998 [acesso 2015 set 18]. Disponível em: http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/cardiff_memorandum_english.pdf.
- European Network for Workplace Health Promotion. The Lisbon Statement on workplace health in small and medium-size enterprises (SMEs). June 2001 [acesso 2015 set 18]. Disponível em: <http://cses.unipg.it/pdf/Lisbon%20statement.pdf>.
- European Network for Workplace Health Promotion. Barcelona Declaration on developing good workplace health practice in Europe. The Barcelona Declaration is based on the results of the 3. European Conference on Workplace Health Promotion, which was held in Barcelona on June 17-18, 2002 [acesso 2015 set 18]. Disponível em: http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/declaration_english_a3_01.pdf.
- European Network for Workplace Health Promotion. Edinburgh Declaration on the promotion of workplace mental health and wellbeing. October 2010 [acesso 2015 set 18]. Disponível em: http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/Publications/Edinburgh_Declaration.pdf.
- European Network for Workplace Health Promotion. Brussels Declaration on workplace health practices for employees with chronic illness. October 2013 [acesso 2015 set 18]. Disponível em: http://www.enwhp.org/fileadmin/user_upload/pdf/Brussels_Declaration.pdf.
- Fabichak C, Siva-Junior JS, Morrone LC. Síndrome de Burnout em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho. *Rev Bras Med Trab*. 2014; 12(2): 79-84.
- Farias SNP, Zeitoune RCG. Qualidade de vida no trabalho de enfermagem. *Esc Anna Nery R Enferm*. 2007; 11(3): 487-93.
- Fernandes JS, Miranzi SSC, Iwamoto HH, Tavares DMS, Santos CB. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(3): 434-42.
- Frey RS. The export of hazardous industries to the peripheral zones of the world-system. In: Nandi PK, Shahidullah SM, editores. *Globalization and the evolving world society*. Leiden: Brill; 1998. p.66-81.
- Fundação Nacional da Qualidade. *Cadernos de excelência: introdução ao modelo de excelência da gestão**. São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade; 2008.
- Gómez CM. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2013; 38(127): 21-5.
- Graça L. A promoção da saúde no trabalho: a nova saúde ocupacional? Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho; 1999 [acesso 2015 set 20]. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos72.html>.
- Grazziano ES, Bianco RPR. Promoção da saúde do trabalhador. In: Harada MJCS, Pedreira MLG, Viana DL. *Promoção da saúde*. São Paulo: Yendis; 2013.
- Green LW, Kreuter MW. *Health program planning: an educational and ecological approach*. 4. ed. New York: McGraw Hill; 2005.
- Hanson A. *Workplace health promotion. A salutogenic approach*. Bloomington: AuthorHouse; 2007.
- Hicks R. *Workplace wellness – the next generation: from hell to well*. North Charleston: CreateSpace; 2014.
- International Association for Worksite Health Promotion. Atlanta announcement on worksite health promotion March 2009 [acesso 2015 set 20]. Disponível em: <http://www.acsm-iawhp.org/files/AtlantaAnnouncement.pdf>.
- International Commission on Occupational Health. About ICOH [acesso 2015 set 20]. Disponível em: http://www.icohweb.org/site_new/ico_about.asp.
- International Labor Organization. *World Day for Safety and Health at Work 2005: a background paper*. Geneva: ILO; 2005.

- Jackson T, Mitchell S, Wright M. The community development continuum. *Community Health Stud.* 1989; 8(1): 66-73.
- Kirsten W. Introduction: setting the context for workplace health promotion. In: Kirsten W, Karch RC. *Global perspectives in workplace health promotion.* Massachusetts: Jones & Bartlett Learning; 2012.
- Kovacevic M, Belojevic G. Tooth abrasion in workers exposed to noise in the Montenegrin textile industry. *Ind Health.* 2006; 44(3): 481-5.
- Laverack G. An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment. *Community Dev J.* 2001; 36(2): 40-52.
- Laverack G. *Health promotion practice: power and empowerment.* London: Sage; 2004.
- Leavell S, Clark EG. *Medicina preventiva.* São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
- Lowe GS. *Creating healthy organizations: how vibrant workplaces inspire employees to achieve sustainable success.* Canada: University of Toronto Press; 2010.
- Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZASG. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Rev. Assoc Med Bras.* 2010; 56(1): 81-91.
- Marmot M, Wilkinson RG. *Social determinants of health.* 2. ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- Mattke S, Liu H, Caloyeras JP, Huang CY, Van Busum KR, Khodyakov D, et al. *Workplace wellness programs study: final report.* Santa Monica: HAND Corporation; 2013 [acesso 2015 set 15]. Disponível em: <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/workplacewellnessstudyfinal.pdf>
- MetLife. *Latin America employee benefits trends study.* New York: MetLife; 2013 [acesso 2015 set 20]. Disponível em: <https://www.metlife.com/assets/institutional/products/benefits-products/LATAM-Study.pdf>
- Mialhe FL. *Educação e promoção da saúde e saúde bucal.* Nova Odessa: Napoleão; 2016. Em publicação.
- Mialhe FL, Guerra LM. Avaliação das práticas de educação em saúde entre acadêmicos de odontologia e profissionais de serviços públicos. In: Pinto T, Groisman S, Moysés SJ, organizadores. *PRO-ODONTO prevenção: programa de atualização em odontologia preventiva e saúde coletiva: ciclo 8.* Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2015. p.55-126.
- Milio N. *Promoting health through public policy.* Canadian Public Health Association. 1986.
- Mu L, Peng L, Liu X, Bai H, Song C, Wang Y, Li Z. Emission characteristics of heavy metals and their behavior during coking processes. *Environ Sci Technol.* 2012; 46(11): 6425-30.
- Naidoo J, Wills J. *Foundations for health promotion.* 3. ed. London: Bailliere Tindall; 2009.
- Nunes MF, Freire MCM. Qualidade de vida de cirurgiões dentistas que atuam em um serviço público. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(6): 1019-26.
- O'Donnell MP. Como avaliar programas de promoção da saúde no ambiente de trabalho. In: Instituto de Estudos da Saúde Suplementar. *Promoção da Saúde nas Empresas* [acesso 2015 set 10]. Disponível em: <http://www.iess.org.br/promosaudeOgata&ODonnell.pdf>
- O'Donnell MP. *Health promotion in the workplace.* 3. ed. Albany: Delmar/Thomson Learning; 2002.
- Ogata AJN. Programas de promoção de saúde que funcionam nas empresas. In: Instituto de Estudos da Saúde Suplementar. *Promoção da Saúde nas Empresas* [acesso 2015 set 10]. Disponível em: <http://www.iess.org.br/promosaudeOgata&ODonnell.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. *Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais.* Brasília: SESI/DN; 2010.
- Organização Mundial da Saúde. *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão.* Rio de Janeiro: OMS; 2011.
- Pelicioni MCF, Mialhe FL. *Educação e promoção da saúde: teoria e prática.* São Paulo: Santos; 2012.
- Pellegrini Filho A, Buss PM, Esperidião MA. Promoção da saúde e seus fundamentos: determinantes sociais de saúde, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis. In: Paim JS, Almeida-Filho NA. *Saúde coletiva: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Medbook; 2014.

- Polanyi MFD, Frank JW, Shannon HS, Sullivan TJ, Lavis JN. Promoting the determinants of good health in the workplace. In: Poland BD, Green LW, Rootman I, editores. *Setting for health promotion: linking theory and practice*. Thousand Oaks: Sage; 2000.
- Public Health Agency of Canada. Crossing sectors – experiences in intersectoral action, public policy and health. Date modified 2007 jun 21. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index-eng.php>.
- Renast on line. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Disponível em: <https://asaudedotrabalhador.wordpress.com/2014/10/16/rede-nacional-de-atencao-integral-a-saude-do-trabalhador-renast/> Acesso em 29/09/2015.
- Restrepo HE. Agenda para la acción en Promoción de la Salud. In: Restrepo HE, Málaga H. *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Panamericana; 2001.
- Rodrigues MJ. SESI lança rede de promoção da saúde do trabalhador. Publicado em 2014 set 09 [acesso 2015 set 20]. Disponível em: <http://www.portaldaindustria.com.br/cni/imprensa/2014/09/1,45595/sesi-lanca-rede-de-promocao-da-saude-do-trabalhador.html>.
- Santana VS, Feitosa AG, Guedes LBA, Brito Sales NB. Qualidade de vida dos profissionais de saúde em ambiente hospitalar. *Rev Pesq Fisioter*. 2014; 4(1): 35-46.
- Schnall PL, Dobson M, Roskam E, editores. *Unhealthy work: causes, consequences, cures*. Amityville: Baywood Publishing; 2009. p.169.
- Tannahill A. What is health promotion? *Health Educ J*. 1985; 44(4): 167-8.
- Tomei F, Fantini S, Tomao E, Baccolo TP, Rosati MV. Hypertension and chronic exposure to noise. *Arch Environ Health*. 2000; 55(5): 319-25.
- Vaughan-Jones H, Barham L. *Healthy work – challenges and opportunities to 2030*. London: Bupa; 2009.
- Wallerstein N. Powerless, empowerment, and health: implications for health promotion. *Am J Health Promot*. 1992; 6(3): 197-205.
- Whitehead D. Workplace health promotion: the role and responsibility of health care managers. *J Nurs Manag*. 2006; 14(1): 59-68.
- WHO's Global healthy work approach. Geneva: OMS; 1997. 30p.
- World Health Organization. WHO Regional Office for Europe. *Health promotion: a discussion document on the concept and principles – summary report of the Working group on concept and principles of health promotion*, Copenhagen, 9-13 July 1984. Copenhagen: WHO; 1984.
- World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 [acesso 2015 set 10]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization. *Jakarta statement on healthy workplaces*. July 1997a [acesso 2015 set 15]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/statements/workplaces/en>.
- World Health Organization. *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century – The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era – Leading Health Promotion into the 21st Century*, meeting in Jakarta from 21 to 25 July 1997b [acesso 2015 set 15]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>
- World Health Organization. Health education and promotion unit. *The Health-promoting workplace: making it happen*. Geneva: WHO; 1998a.
- World Health Organization. *Health promotion glossary*. 2. ed. Geneva: WHO; 1998b.
- World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. *Regional guidelines for the development of healthy workplaces*. Manilla: WHO; 1999.
- World Health Organization. *Workers' health: global plan of action*. Sixtieth World Health Assembly. Washington: WHO; 2007.

- World Health Organization. Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners. Geneva: WHO; 2010.
- World Health Organization. Occupational health. Workplace health promotion [acesso 2015a set 15]. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/index1.html
- World Health Organization. Preventing noncommunicable diseases in the workplace through diet and physical activity: WHO/World Economic Forum report of a joint event [acesso 2015b set 10]. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/workplace/en/>
- Yousefi Rizi HA, Hassanzadeh A. Noise exposure as a risk factor of cardiovascular diseases in workers. J Educ Health Promot. 2013; 31(2): 14.