

Qualificação de Gestores do SUS

Ministério da Saúde

MINISTRO DA SAÚDE
José Gomes Temporão

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Francisco Eduardo de Campos

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

PRESIDENTE
Paulo Ernani Gadelha

DIRETOR DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – Ensp
Antônio Ivo de Carvalho

COORDENADORA DA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA – EAD/Ensp
Lúcia Maria Dupret

Curso de Qualificação de Gestores do SUS

COORDENADORES
Walter Vieira Mendes Júnior
Roberta Gondim de Oliveira
Victor Grabois

ASSESSORAS PEDAGÓGICAS
Henriette dos Santos
Milta Neide Freire Barron Torrez



Qualificação de Gestores do SUS

Roberta Gondim de Oliveira
Victor Grabois
Walter Vieira Mendes Júnior
Organizadores

Copyright ©2009 dos autores

Todos os direitos de edição reservados à Fundação Oswaldo Cruz/Ensp/EAD

SUPERVISÃO EDITORIAL

Eduardo Morcillo

Maria Leonor de M. S. Leal

PROJETO GRÁFICO

Jonathas Scott

Eliayse Villote

REVISÃO METODOLÓGICA

Alda Maria Lessa Bastos

Cleide Figueiredo Leitão

Henriette dos Santos

Milta Neide Freire Baron Torrez

Suely Guimarães Rocha

ILUSTRAÇÕES DAS

ABERTURAS DE MÓDULOS

Sergio Arantes

EDITORIAÇÃO ELETRÔNICA

E TRATAMENTO DE IMAGEM

Quattri Desenhos

REVISOR TÉCNICO DE "O CASO DE ANA"

Marcelo Adeodato Bello

REVISÃO E NORMALIZAÇÃO

Alda Maria Lessa Bastos

Alexandre Rodrigues Alves

Christiane Abbade

Maria Auxiliadora Nogueira

Neise Freitas da Silva

Projeto realizado em parceria com a Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública.

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

O48 Oliveira, Roberta Gondim de (Org.)
Qualificação de gestores do SUS. / Organizado por Roberta
Gondim de Oliveira, Victor Grabojs e Walter Vieira Mendes
Júnior. – Rio de Janeiro, RJ : EAD/Ensp, 2009.
404 p., il.

ISBN: 978-85-61445-46-1

1. Sistema Único de Saúde. 2. Gestão em Saúde.
3. Promoção da Saúde. 4. Serviços de Saúde. 5. Qualidade
de Vida. I. Grabojs, Victor. II. Mendes Júnior, Walter Vieira.
III. Título.

CDD – 362.10425

2009

Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

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

CEP: 21041-210

Tel.: 0800-0225530

www.ead.fiocruz.br

[...] o mundo comum é aquilo que adentramos ao nascer e que deixamos para trás quando morremos.

Transcende a duração de nossa vida tanto no passado quanto no futuro: preexistia à nossa chegada e sobreviverá à nossa permanência. É isto que temos em comum não só com aqueles que vivem conosco, mas também com aqueles que virão depois de nós.

Mas esse mundo comum só pode sobreviver ao advento e à partida das gerações na medida em que tem uma presença pública. É o caráter público da esfera pública que é capaz de absorver e dar brilho através dos séculos a tudo o que os homens venham a preservar da ruína natural do tempo.

Hannah Arendt

Autores

Antônio Ivo de Carvalho

Médico; mestre em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Pesquisador/professor do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Ensp/Fiocruz. Trabalha com Promoção da Saúde, Políticas e Gestão em Saúde e Determinantes Sociais da Saúde. Atualmente é Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

Carlos Eduardo Aguilera Campos

Médico; doutor em medicina preventiva pela Faculdade de Medicina da USP. Professor do Departamento de Medicina Preventiva e do Programa de Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Editor da *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* e editor adjunto da *Revista APS*. Coordenador da residência em medicina de família e comunidade da Faculdade de Medicina da UFRJ.

Cristiani Vieira Machado

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

Else Bartholdy Gribel

Enfermeira sanitária; mestre em saúde pública – informação e comunicação em saúde. Tecnologista do Centro de Saúde Escola Nacional de Saúde Pública/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Docente do Curso Gerência de Unidades Básicas. Chefe do CSEGSF/Ensp.

Lenice G. da Costa Reis

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

Lenira Zancan

Cientista social; mestre em saúde pública. Pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Coordenadora do Curso de Atualização em Políticas Públicas e Gestão Social (EAD/Ensp) e do Projeto Laboratório Territorial de Manguinhos (LTM).

Luciana Dias de Lima

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

Maria de Fátima Lobato Tavares

Médica; mestre em saúde da criança; doutora em ciências. Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Daps/Ensp/Fiocruz). Coordenadora do Curso de Especialização em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social. Representante no Colegiado da Escola de Governo (Daps/Ensp/Fiocruz).

Marismary Horsth De Seta

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

Marly Marques da Cruz

Psicóloga; doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) na área de endemias, ambiente e sociedade. Pesquisadora do Departamento de Endemias Samuel Pessoa (Densp/Ensp/Fiocruz).

Regina Lúcia Dodds Bomfim

Doutora em saúde coletiva na área de concentração de políticas, planejamento e gestão de saúde. Superintendente de Atenção Básica, Educação em Saúde e Gestão Participativa da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil/RJ.

Roberta Gondim de Oliveira (Organizadora)

Psicóloga sanitária; mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Professora da Escola de Governo em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) na área de política e planejamento em saúde.

Rosa Maria da Rocha

Graduada e mestre em educação física pela Universidade Gama Filho. Tecnologista em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Docente do curso nos moldes de residência da saúde da família. Tutora e membro da equipe de coordenação do Curso de Especialização em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social e do Curso de Aperfeiçoamento em Promoção da Saúde na Escola.

Rosana Chigres Kuschnir

Médica; mestre em gestão de serviços de saúde pela Universidade de Birmingham, Inglaterra; doutora em planejamento e políticas de saúde pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Trabalha nas áreas de ensino, pesquisa e assessoria técnica/cooperação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e coordena o Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Tem experiência nas áreas de planejamento, programação e gestão de sistemas de saúde e organização de serviços de saúde e de redes assistenciais.

Tatiana Wargas de Faria Baptista

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

Vera Lúcia Edais Pepe

Médica; doutora em medicina preventiva pela Universidade de São Paulo. Atua na área de saúde coletiva, principalmente em vigilância sanitária, medicamentos, política de medicamentos, judicialização do acesso a medicamentos e avaliação em saúde. Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Ensp/Fiocruz.

Victor Grabois (Organizador)

Médico; mestre em saúde coletiva, área de concentração em planejamento e políticas de saúde pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Trabalha nas áreas de ensino, pesquisa e assessoria técnica/cooperação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Coordenador-adjunto do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar.

Walter Vieira Mendes Júnior (Organizador)

Médico; mestre em políticas e planejamento em saúde pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj); doutor em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Autor de livros e artigos sobre avaliação da qualidade em serviços de saúde, segurança do paciente e atendimento domiciliar.

Sumário

Prefácio 13

Apresentação 15

I Fundamentos do Sistema Único de Saúde

1. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde 21

Marly Marques da Cruz

2. Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde 35

Marly Marques da Cruz

3. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS 49

Cristiani Vieira Machado, Luciana Dias de Lima e Tatiana Vargas de Faria Baptista

II Gestão da atenção à saúde

O caso de Ana 77

Tatiana Vargas de Faria Baptista, Cristiani Vieira Machado e Luciana Dias de Lima

4. Organização da atenção 97

Roberta Gondim de Oliveira, Regina Bomfim, Victor Grabois, Carlos Eduardo Aguilera Campos e Else Bartholdy Gribel

5. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS 125

Rosana Kuschnir, Luciana Dias de Lima, Tatiana Vargas de Faria Baptista e Cristiani Vieira Machado

6. Gestão do cuidado 159

Victor Grabois

III As vigilâncias do campo da saúde: aportes e implicações para a gestão de sistemas e serviços de saúde

O caso Césio 137 201

Marismary Horsth De Seta, Vera Lúcia Edais Pepe e Lenice G. da Costa Reis

7. As vigilâncias do campo da saúde, o risco como conceito fundamental e a caracterização dos seus processos de trabalho 219

Marismary Horsth De Seta e Lenice G. da Costa Reis

8. Estruturação e gestão dos sistemas nacionais das vigilâncias: evolução, componentes e atribuições 263

Marismary Horsth De Seta e Lenice G. da Costa Reis

9. Cuidado em saúde e a qualidade de vida: desafios e perspectivas para as vigilâncias do campo da saúde 329

Marismary Horsth De Seta e Lenice G. da Costa Reis

IV Promoção da saúde e desenvolvimento social

10. Promoção da saúde como política e a Política Nacional de Promoção da Saúde	351
<i>Maria de Fátima Lobato Tavares, Antonio Ivo de Carvalho, Rosa Maria da Rocha e Lenira Zancan</i>	
11. Articulação intersetorial e gestão para a promoção da saúde	363
<i>Lenira Zancan, Antônio Ivo de Carvalho, Maria de Fátima Lobato Tavares e Rosa Maria da Rocha</i>	
12. Territórios da promoção da saúde e do desenvolvimento local	379
<i>Rosa Maria da Rocha, Maria de Fátima Lobato Tavares, Antônio Ivo de Carvalho e Lenira Zancan</i>	
Siglas	399

Prefácio

A efetiva garantia do direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros passa pela necessidade de que profissionais e gestores tenham acesso a saberes e práticas que possibilitem a qualificação da atenção e da gestão do SUS em permanentes processos de aprendizagem.

A atual política do Ministério da Saúde reconhece e valoriza o trabalho em todas as suas dimensões. No campo da saúde, essa valorização foi marcada, em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que trata a gestão dos recursos humanos como questão estratégica, focada na dimensão do trabalho e da educação na saúde. Assim, a SGTES assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil.

Uma das políticas é a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.

O Programa de Capacitação Gerencial para o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das ações para a implementação da Política de Educação Permanente na Saúde, que visa a qualificação de gestores e frentes de saúde. A fundamentação do programa está na estruturação de processos de formação em gestão com base em diretrizes para a consolidação do SUS em intervenções positivas no cotidiano dos sistemas de saúde que resultem em efeitos duradouros e resultados positivos na atenção e gestão, com qualidade e resolubilidade para os cidadãos.

A participação de gestores e gerentes no Programa de Capacitação Gerencial reflete no importante papel de articulador de ações que resultem na melhoria da qualidade de atenção, a partir da estruturação/qualificação dos serviços de saúde, para, assim, desempenhar atividades com foco na:

- resolubilidade e a integralidade da atenção à saúde;
- redução das iniquidades no acesso;
- ampliação da qualidade das ações e serviços; e
- sustentabilidade e legitimação do SUS.

Para dar conta do desafio de qualificar, até 2010, 110.000 profissionais de saúde que atuam em algum ponto da gerência do SUS, a SGTES tem estabelecido parcerias com as instituições de ensino. Nessa perspectiva, a Ensp realiza o Curso de Qualificação dos Gestores do SUS, com 7.500 vagas para todo o Brasil.

Francisco Eduardo Campos

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS)

Marcia Hiromi Sakai

Diretora de Programa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS)

Maria Christina Fekete

Integrante da Equipe da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS)

Apresentação

O Curso de Qualificação de Gestores do SUS é parte integrante da Política Nacional de Qualificação da Saúde e está ancorado em três convicções.

A primeira se localiza na importância do diálogo com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde, com foco nas funções gestoras do sistema de saúde e em seus campos de prática. Os espaços onde as ações em saúde se fazem presentes, sejam elas de caráter técnico ou político, individual ou coletivo, seus processos decisórios, suas bases históricas e conjunturais, seus instrumentos, diretrizes e normativas, constituem o campo a ser tratado de maneira crítica, levando em consideração as diferentes realidades onde a saúde se concretiza.

A segunda é a convicção de que a Política Nacional de Qualificação do Trabalho em Saúde deve guardar semelhanças com a organicidade e a institucionalidade das demais políticas da saúde, no respeito ao desenho federativo do Estado brasileiro. Com isso, há de ser coletivamente implementada, tendo como lugar de referência os espaços de gestão do SUS nas três instâncias de governo, numa operação com a Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública.

Nossa terceira convicção é de que o sucesso de uma iniciativa de formação de envergadura nacional, na metodologia de educação a distância, não pode prescindir de um modelo pedagógico consistente no qual o material didático ocupe papel de relevância no processo de aprendizagem, em conjunto com outras estratégias pedagógicas, como a tutoria, o Ambiente Virtual de Aprendizagem, os temas tratados, as atividades propostas fundamentadas nas realidades dos alunos e os encontros presenciais.

Este livro didático, em volume único, está estruturado em quatro diferentes partes, correspondentes às unidades de aprendizagem, que refletem a organização temática do curso em áreas de prática do Sistema de Saúde, a saber: Atenção à Saúde; Vigilâncias em Saúde; e Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social. O curso, como foi concebido para ter abrangência nacional, adotou como pressupostos a existência de um campo comum da gestão pública em saúde e a convicção de que o conhecimento e a prática acumulados podem ser discutidos e criticamente analisados. Assim, as especificidades de cada microárea da gestão – como a logística de insumos hospitalares –, não constituem alvo desta produção didática.

O recorte em áreas de prática surgiu da iniciativa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), de rever as bases de oferta de cursos *lato sensu*, na certeza de que estes devem refletir a demanda por formação, de modo a superar a oferta fragmentada e de pouco impacto, abrindo caminho para um programa de formação sintonizado com as prioridades do SUS e metodologicamente adequado à diversidade de suas necessidades. Essa iniciativa contou com a participação de inúmeros atores do SUS nas três esferas de governo, de diferentes áreas e responsabilidades gestoras.

Dessa forma, as unidades de aprendizagem do curso refletem o resultado dessa revisão do programa de formação; cada uma delas é composta por três módulos de aprendizagem, nos quais são tratados diferentes temas de relevância para a gestão em saúde.

A primeira unidade de aprendizagem – “Fundamentos do Sistema Único de Saúde” –, não corresponde a nenhuma área de prática, mas tem importância por entendermos que você, gestor, deve ser convidado a revisar os conceitos, princípios, valores e marcos históricos e atuais que fundamentam e conformam a política de saúde brasileira. Seus módulos de aprendizagem são: 1. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde; 2. Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde; e 3. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. Além do texto-base de cada módulo, você será convidado a ler importantes artigos que complementam e apoiam o estudo.

A segunda unidade de aprendizagem – “Gestão da atenção à saúde” – corresponde a uma área de prática; por esse motivo, é iniciada com o relato de um caso que busca refletir diferentes aspectos da atenção à

saúde: O caso de Ana. Os elementos trazidos por ele são tratados ao longo dos três módulos que compõem esta unidade: 4. Organização da atenção; 5. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS; e 6. Gestão do cuidado.

Um caso verídico – O caso Césio 137 – faz a ligação dos módulos da terceira unidade de aprendizagem – “As vigilâncias do campo da saúde: aportes e implicações para a gestão de sistemas e serviços de saúde”. Nela são discutidas as vigilâncias em saúde: epidemiológica, sanitária, ambiental e do trabalhador. Também está organizada em três módulos: 7. As vigilâncias do campo da saúde, o risco como conceito fundamental e a caracterização dos seus processos de trabalho; 8. Estruturação e gestão dos sistemas nacionais das vigilâncias: evolução, componentes e atribuições; e 9. Cuidado em saúde e a qualidade de vida: desafios e perspectivas para as vigilâncias do campo da saúde.

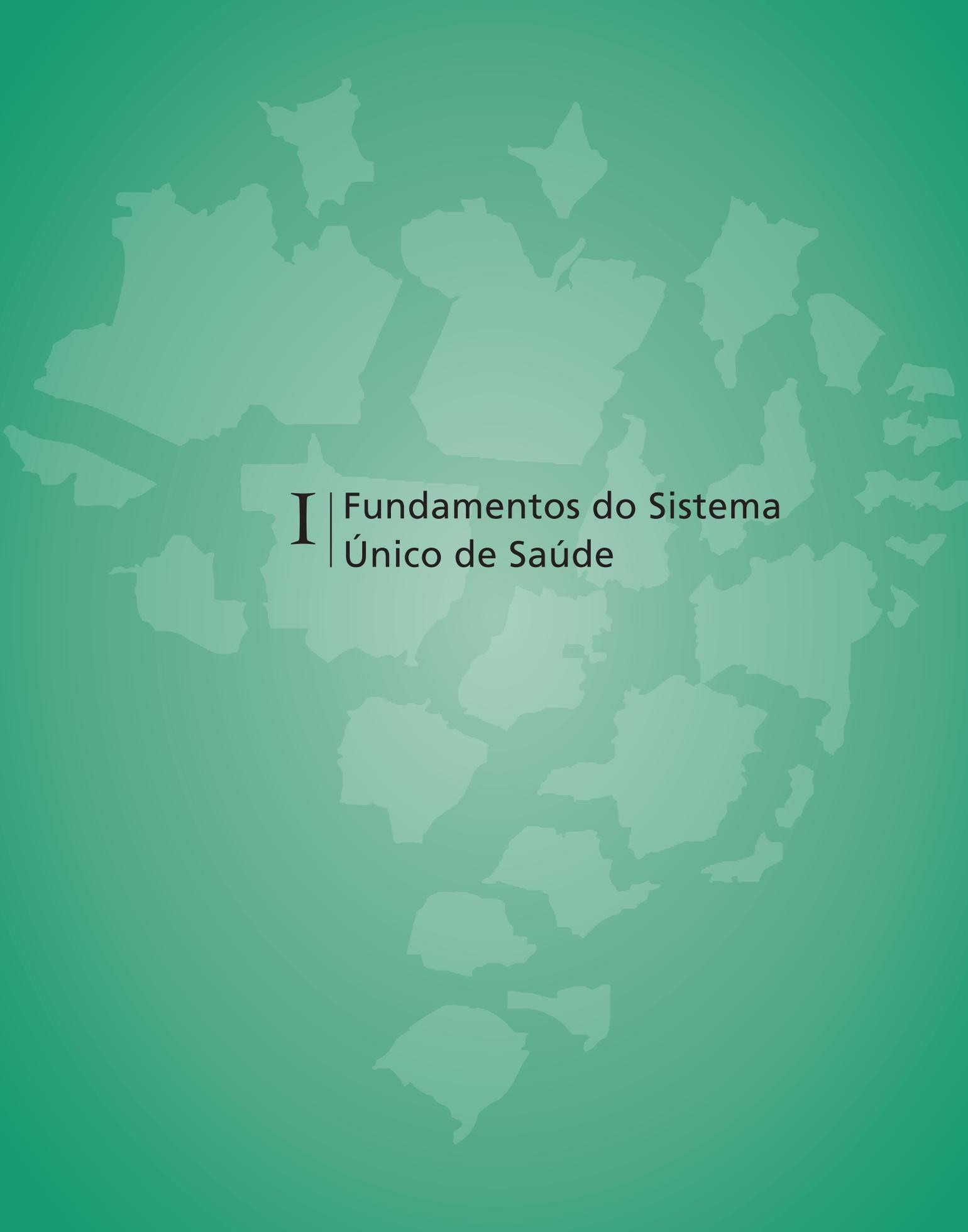
Na última unidade de aprendizagem – “Promoção da saúde e desenvolvimento social” – será feita a interação entre situações-problema e os módulos que a compõem: 10. Promoção da saúde como política e a Política Nacional de Promoção em Saúde; 11. Articulação intersetorial e gestão para a promoção da saúde; e 12. Territórios da promoção da saúde e do desenvolvimento local.

Convidamos você a um mergulho, nestes próximos seis meses, nos casos da Ana e do Césio, nas situações-problema da promoção em saúde, no farto material de leitura e nas atividades, junto com seus companheiros de caminhada.

Lembre-se de que, mesmo com as tarefas do dia-a-dia exigidas dos gestores, você terá que se dedicar ao estudo. Organize-se para aproveitar ao máximo seu curso. Seu tutor está capacitado a apoiá-lo nessa caminhada, que, esperamos, seja prazerosa, e que traga bons reflexos nas práticas do trabalho em saúde.

Bom estudo!

Os Organizadores

A light green map of Brazil is centered on a dark green background. The map shows the outline of the country and its states. The text is overlaid on the map.

I | Fundamentos do Sistema Único de Saúde

1. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde

Marly Marques da Cruz



O Módulo 1 da Unidade de Aprendizagem I consiste na abordagem dos aspectos teóricos conceituais de dois tópicos fundamentais, que estão intimamente interligados para a compreensão do campo da saúde: o primeiro se refere às concepções de saúde-doença e do cuidado em saúde; o segundo diz respeito à determinação social do processo saúde-doença.

Este módulo tem por objetivo: apresentar as diferentes concepções sobre saúde-doença e cuidado, de forma a relacionar as necessidades em saúde com base nas características de uma população em um dado território; caracterizar a relação entre o processo saúde-doença e as dinâmicas existentes de cuidado relativo à organização das ações e serviços de saúde e as redes sociais de apoio; e tratar dos diferentes determinantes sociais do processo saúde-doença com base nas características de uma dada população.

Como o intuito deste módulo é criar um ambiente de aprendizagem interativo e agradável, procuramos trabalhar com três atividades que, na realidade, são um convite para você, aluno, começar a refletir sobre as temáticas centrais. A ideia é que você possa problematizar algum dos pontos sugeridos, fazer uma aproximação com os conceitos e, posteriormente, retornar a eles na leitura ou em alguma outra atividade de síntese.

Por exemplo, como, neste módulo, vamos tratar dos conceitos de saúde, doença e cuidado, convido você a iniciá-lo refletindo sobre as perguntas que estão na atividade a seguir. Essas questões podem parecer muito óbvias, mas não são tão assim. Vamos ver por quê!

ATIVIDADE 1

- a) O que significa ter saúde? O que contribui para que as pessoas tenham saúde?
- b) O que significa estar doente? O que favorece para que as pessoas adoçam?
- c) O que você faz quando adocece? O que significa para você ser cuidado?
- d) Como os trabalhadores de saúde interferem no processo saúde-doença das pessoas?

Como você aceitou o desafio e conseguiu responder às perguntas da Atividade 1, vamos agora aumentar um pouco mais a complexidade da reflexão sobre saúde, doença e cuidado. Diferentemente do que você fez na Atividade 1, que foi explorar bastante seu próprio conhecimento sobre esses tópicos, na próxima atividade você vai levantar as concepções de outras pessoas, considerando a inserção social delas no âmbito da saúde. Você quer saber como? Então vamos lá...

ATIVIDADE 2

Faça um levantamento com: um gestor, três profissionais de saúde e três usuários dos serviços de saúde sobre as questões da Atividade 1. Formule um roteiro para registrar as respostas dos entrevistados, procurando ser o mais fiel possível. Esse registro pode ser feito num quadro como o exemplo a seguir:

Entrevistados	Questão 1	Questão 2	Questão 3	Questão 4
Entrevistado 1				
Entrevistado 2				
Entrevistado 3				

Depois de realizar as entrevistas, compare as respostas dos entrevistados com as suas e faça uma **síntese** das semelhanças e diferenças observadas.

Anote suas respostas no Diário de Estudos e, se tiver dúvidas, vá ao Caderno do Aluno para esclarecimentos.

Síntese é semelhante ao resumo, mas incorpora a crítica em relação ao que foi discutido.

Modelos explicativos do processo de saúde, doença e cuidado

Para você entender como o assunto sobre o qual estamos nos debruçando se faz presente desde a Antiguidade, vamos nos reportar brevemente a alguns modelos explicativos sobre o processo de saúde, doença e cuidado, buscando analisar os avanços e as limitações referentes a cada um deles. De qualquer forma, esse panorama histórico vai ajudá-lo a entender as proximidades e disparidades com as concepções de saúde, doença e cuidado da atualidade.

Modelo mágico-religioso ou xamanístico

A visão mágico-religiosa sobre a saúde e a doença e sobre como cuidar era a predominante na Antiguidade. Os povos da época concebiam as causas das doenças como derivadas tanto de elementos naturais como de espíritos sobrenaturais. O adoecer era explicado como resultante de transgressões de natureza individual e coletiva, sendo requeridos, para reatar o enlace com as divindades, processos liderados pelos sacerdotes, feiticeiros ou xamãs (HERZLICH, 2004). As relações com o mundo natural se baseavam em uma cosmologia que envolvia deuses e espíritos bons e maus, e a religião, nesse caso, era o ponto de partida para a compreensão do mundo e de como organizar o cuidado.

Modelo holístico

As medicinas hindu e chinesa, também na Antiguidade, traziam uma nova forma de compreensão da doença. A noção de equilíbrio é que vai dar origem à medicina holística. Esta noção associa a ideia de “proporção justa ou adequada” com a saúde e a doença. A saúde entendida como o equilíbrio entre os elementos e humores que compõem o organismo humano. Um desequilíbrio desses elementos permitiria o aparecimento da doença.

A medicina holística teve grandes contribuições de Alcmeon (séc. V a.C.), para quem o equilíbrio implicava duas forças ou fatores na etiologia da doença. Esse filósofo partilhava as ideias de Heráclito, para quem os opostos podiam existir em equilíbrio dinâmico ou sucedendo-se uns aos outros (HERZLICH, 2004). A causa do desequilíbrio estava relacionada ao ambiente físico, tais como: os astros, o clima, os insetos etc.

De acordo com essa visão, o cuidado deveria compreender o ajuste necessário para a obtenção do equilíbrio do corpo com o ambiente, corpo este tido como uma totalidade. Cuidado, em última instância, significa a busca pela saúde que, nesse caso, está relacionada à busca do equilíbrio do corpo com os elementos internos e externos.

Modelo empírico-racional (hipocrático)

A explicação empírico-racional tem seus primórdios no Egito (3000 a.C.). A tentativa dos primeiros filósofos (séc. VI a.C.) era encontrar explicações não-sobrenaturais para a origem do universo e da vida, bem como para a saúde e a doença. Hipócrates (séc. VI a.C.) estabeleceu a relação homem-meio com o desenvolvimento de sua Teoria dos Humores, teoria a qual defendia que os elementos água, terra, fogo e ar estavam subjacentes à explicação sobre a saúde e a doença (HERZLICH, 2004).

Saúde, na concepção hipocrática, é fruto do equilíbrio dos humores; a doença é resultante do desequilíbrio deles, e o cuidado depende de uma compreensão desses desequilíbrios para buscar atingir o equilíbrio.

Modelo de medicina científica ocidental (biomédico)

O modelo de medicina científica ocidental ou biomédica, predominante na atualidade, tem suas raízes vinculadas ao contexto do Renascimento e de toda a Revolução Artístico-Cultural, que ocorreram a partir do século XVI. O Método de Descartes (sécs. XVI e XVII) definiu as regras que constituem os fundamentos do seu enfoque sobre o conhecimento: não se deve aceitar como verdade nada que não possa ser identificado como tal; separar cada dificuldade a ser examinada em tantas partes quanto sejam possíveis e que sejam requeridas para solucioná-las; condução do pensamento de forma ordenada, partindo do simples ao mais complexo; necessidade de efetuar uma revisão exaustiva dos diversos componentes de um argumento.

O conceito biomédico da doença é definido como

desajuste ou falha nos mecanismos de adaptação do organismo ou ausência de reação aos estímulos a cuja ação está exposto [...], processo que conduz a uma perturbação da estrutura ou da função de um órgão, de um sistema ou de todo o organismo ou de suas funções vitais (JENICEK; CLÉROUX, 1982 apud HERZLICH, 2004).

O modelo biomédico está centrado na explicação da doença e passou a tratar o corpo em partes cada vez menores, reduzindo a saúde a um funcionamento mecânico (BARROS, 2002). Numa perspectiva crítica, Fritjof Capra (1982) destaca a concepção fragmentária do modelo biomédico ao defender que este consiste num tipo de modelo da teoria mecanicista, em que o homem é visto como corpo-máquina; o médico, como mecânico; e a doença, o defeito da máquina. A percepção do homem como máquina é datada historicamente com o advento do capitalismo.

Foi também no Renascimento que a explicação para as doenças começou a ser relacionada às situações ambientais; a causa das doenças passava a estar num fator externo ao organismo, e o homem era o receptáculo da doença. Destas elaborações teóricas sobre o contágio firmou-se a teoria dos miasmas, que foi a primeira proposta de explicação, dentro dos parâmetros da ciência, da associação entre o surgimento de epidemias e as condições do ambiente.

Os miasmas seriam gases decorrentes da putrefação da matéria orgânica que produziam doenças quando absorvidos pelos seres vivos. Com a descoberta dos microrganismos (teoria microbiana) como causa das doenças, a teoria dos miasmas perdeu força explicativa e abriu espaço para a primeira revolução sanitária, com o início das pesquisas sobre as relações entre organização social, pobreza e frequência de doenças. A teoria microbiana propunha que cada doença teria por agente causal um organismo específico, que poderia ser identificado, isolado e ter suas características estudadas.

A intervenção de cuidado é baseada numa visão reducionista e mecanicista, em que o médico especialista é o mecânico que tratará da parte do corpo-máquina defeituosa ou do ambiente para o controle das possíveis causas de epidemias. O cuidado, na concepção biomédica, está focado, segundo Foucault (1979), no controle do espaço social, no controle dos corpos.

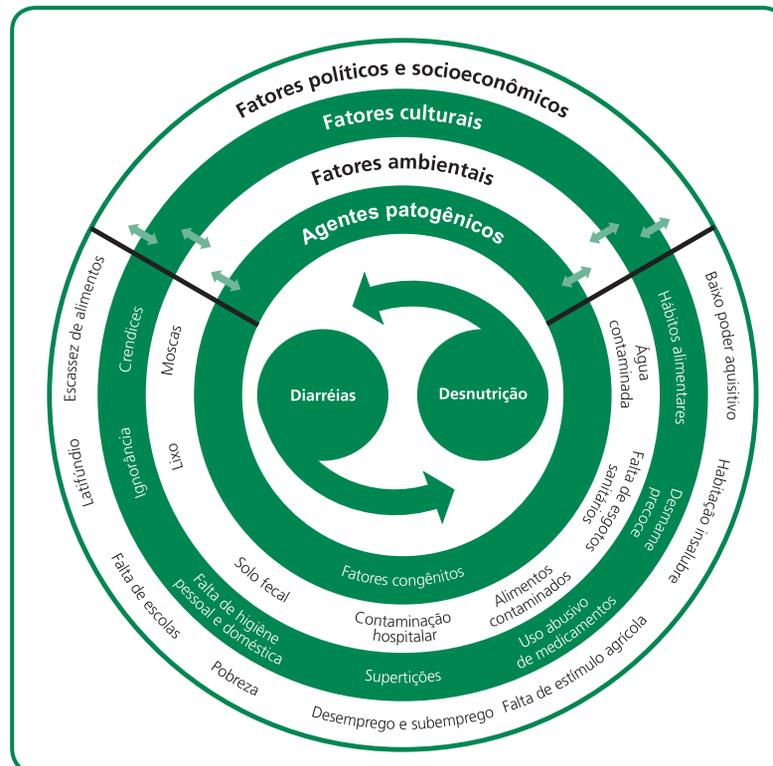
Modelo sistêmico

Para uma compreensão mais abrangente do processo saúde-doença, no final da década de 1970, começou a ganhar força a concepção deste

como um processo sistêmico, concepção esta que parte da perspectiva sistêmica, que, por sua vez, está centrada na ideia de sistema.

O sistema, neste caso, é entendido como “um conjunto de elementos, de tal forma relacionados, que uma mudança no estado de qualquer elemento provoca mudança no estado dos demais elementos” (ROBERTS, 1978 apud ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002). Ou seja, essa noção de sistema incorpora a ideia de todo, de contribuição de diferentes elementos do ecossistema no processo saúde-doença, conforme exemplo da determinação das doenças diarreicas (Figura 1), fazendo assim um contraponto à visão unidimensional e fragmentária do modelo biomédico.

Figura 1 – Sinergismo multifatorial na determinação das doenças diarreicas



Fonte: Almeida Filho e Rouquayrol (2002).

Segundo essa concepção, a estrutura geral de um problema de saúde é entendida como uma função sistêmica, na qual um sistema epidemiológico se constitui num equilíbrio dinâmico. Ou seja, cada vez que um dos seus componentes sofre alguma alteração, esta repercute e atinge as demais partes, num processo em que o sistema busca novo equilíbrio.

É importante enfatizar que por sistema epidemiológico entende-se

o conjunto formado por agente suscetível e pelo ambiente, dotado de uma organização interna que regula as interações determinantes da produção da doença, juntamente com os fatores vinculados a cada um dos elementos do sistema (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002, p. 49).

Essa definição de sistema epidemiológico aproxima-se da ideia de necessidade de um sistema de saúde complexo que seja capaz de identificar as interações dos determinantes da produção e reprodução das doenças e de atuar de forma efetiva.

Modelo da História Natural das Doenças (modelo processual)

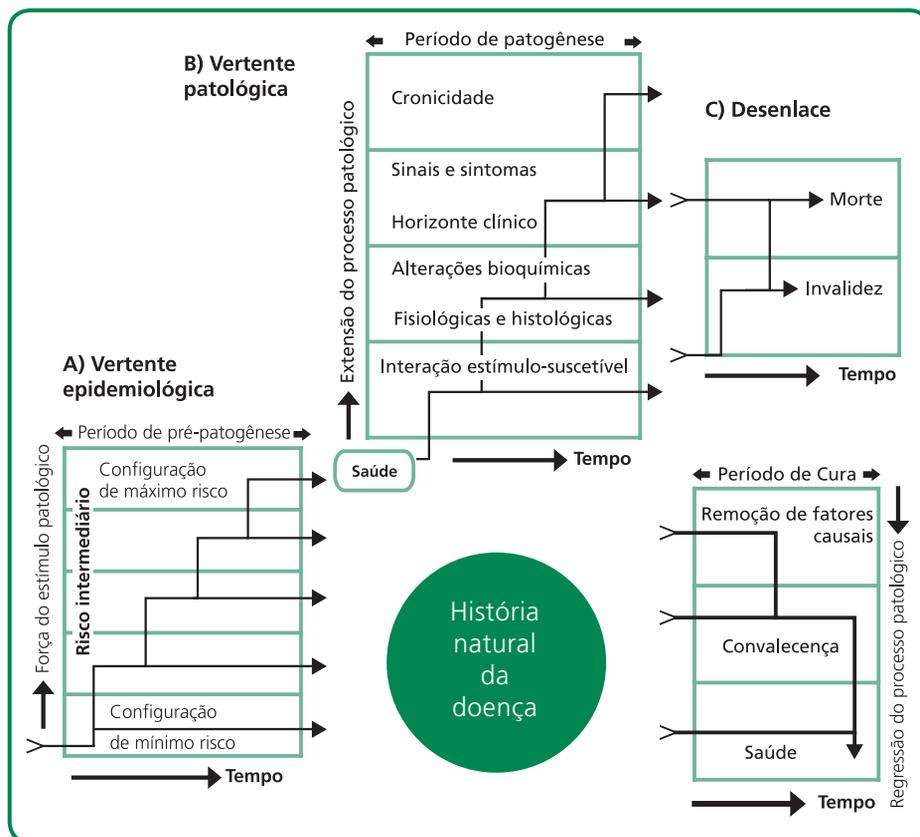
A busca por explicações causais do processo saúde-doença resultou na configuração da História Natural das Doenças (HND), conhecido como modelo processual dos fenômenos patológicos. Os principais sistematizadores desse modelo foram Leavell e Clark, no ano de 1976, quando definiram história natural da doença como o conjunto de processos interativos que cria o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar, passando da resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte (LEAVELL; CLARK, 1976 apud ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

O modelo da HND visa o acompanhamento do processo saúde-doença em sua regularidade, compreendendo as inter-relações do agente causador da doença, do hospedeiro da doença e do meio ambiente e o processo de desenvolvimento de uma doença. Esta forma de sistematização ajuda a compreender os diferentes métodos de prevenção e controle das doenças.

A história natural das doenças apresenta uma dimensão basicamente qualitativa de todo o ciclo, dividindo em dois momentos sequenciais o desenvolvimento do processo saúde-doença: o pré-patogênico e o patogênico (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002). O primeiro, também considerado período epidemiológico, diz respeito à interação entre os fatores do agente, do hospedeiro e do meio ambiente. O segundo corresponde ao momento quando o homem interage com um estímulo externo, apresenta sinais e sintomas e submete-se a um tratamento. De acordo com o apresentado na Figura 2, o período pré-patogênico permite ações de promoção da saúde e a proteção específica, enquanto o período patogênico envolve a prevenção secundária e a prevenção terciária.

Fique atento! Um pouquinho mais adiante, o texto “Concepções de saúde e doença”, de Paulo Sabroza (2004), retoma esse modelo da História Natural das Doenças, procurando ampliá-lo à luz da concepção de determinação social do processo saúde-doença.

Figura 2 – Modelo da História Natural da Doença



Fonte: Almeida Filho e Rouquayrol (2002).

A sistematização sugerida no modelo da HND orientou a organização do cuidado por diferentes níveis de complexidade, em termos de recursos e ações. Ao considerar a possibilidade de evitar a morte, são trazidas com este modelo diferentes formas de prevenção e promoção da saúde, como interromper a transmissão, evitar o caso e promover vida com qualidade.

Determinação do processo saúde-doença

Para iniciar este estudo convidamos você a ler um texto que trata do conceito de saúde-doença e a fazer algumas reflexões iniciais sobre esse tema.

Pelo que pudemos ver até aqui, o processo saúde-doença se configura como um processo dinâmico, complexo e multidimensional por englobar

Para entender melhor o modelo explicativo de determinação do processo saúde-doença, assista ao filme *Ilha das Flores*, disponível em: <http://www.portacurtas.com.br/coments.asp?Cod=647#>. O documentário mostra a crise de civilização em que a sociedade “moderna” e globalizada está inserida. É um ácido e divertido retrato da mecânica da sociedade de consumo. Acompanhando a trajetória de um simples tomate, desde a plantação até ser jogado fora, o curta escancara o processo de geração de riqueza e as desigualdades que surgem no meio do caminho.

dimensões biológicas, psicológicas, sócio-culturais, econômicas, ambientais, políticas, enfim, pode-se identificar uma complexa inter-relação quando se trata de saúde e doença de uma pessoa, de um grupo social ou de sociedades. A abordagem de Castellanos (1990) se coloca como um esforço de operacionalização, do ponto de vista analítico, do processo saúde-doença tendo em vista os diferentes níveis de organização da vida.

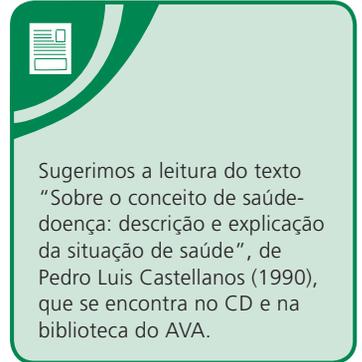
O processo saúde-doença é um conceito central da proposta de epidemiologia social, que procura caracterizar a saúde e a doença como componentes integrados de modo dinâmico nas condições concretas de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais; cada situação de saúde específica, individual ou coletiva, é o resultado, em dado momento, de um conjunto de determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos. A ênfase, nesse caso, está no estudo da estrutura socioeconômica, a fim de explicar o processo saúde-doença de maneira histórica, mais abrangente, tornando a epidemiologia um dos instrumentos de transformação social (ROUQUAYROL, 1993).

Nessa trajetória, o conceito de saúde vem sofrendo mudanças, por ter sido definido como “estado de ausência de doenças”; foi redefinido em 1958, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, passando de uma visão mecânica da saúde para uma visão abrangente e não estática do processo saúde-doença.

A definição de saúde presente na Lei Orgânica de Saúde (LOS), n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, procura ir além da apresentada pela OMS, ao se mostrar mais ampla, pela explicitação dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. O que consta na LOS é que

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990, Art. 3).

Importante prestar atenção para a seguinte questão: a compreensão das diferentes concepções referentes ao processo saúde-doença está intimamente relacionada às dinâmicas de cuidado existentes, presentes na organização das ações e serviços de saúde e das redes sociais de apoio.



Lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde, complementada pela Lei n. 8.142, de dezembro de 1990.

Você terá a possibilidade de ver com mais detalhes a organização das ações e serviços de saúde na Unidade de Aprendizagem II, “Gestão da atenção à saúde”.

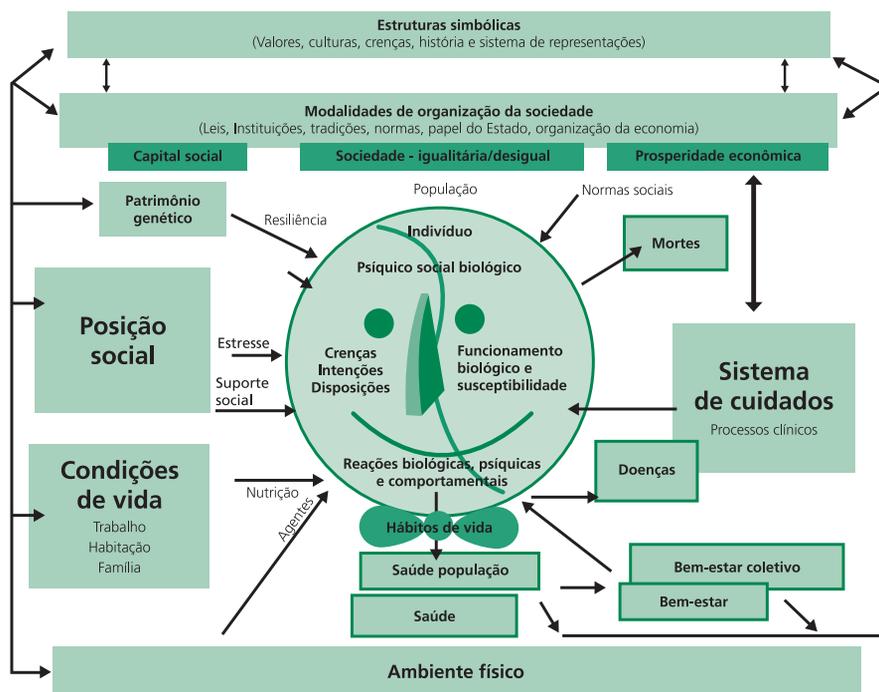
Conforme discutido desde o início deste módulo, a saúde, a doença e o cuidado são determinados socialmente, variando conforme os tempos, os lugares e as culturas, o que implica dizer que a organização das ações e serviços de saúde e das redes de apoio social precisam ser planejados e geridos de acordo com as necessidades da população de um dado território.

ATIVIDADE 3

Faça a leitura do texto de Paulo Sabroza (2004), "Concepções de saúde e doença", disponível no CD e no AVA, na biblioteca do curso.

Procure identificar no texto o conceito de saúde e doença e como o autor aborda as múltiplas dimensões da complexidade do processo saúde-doença. Na medida do possível, aproxime os pontos defendidos pelo autor com o quadro esquemático de Contandriopoulos (Figura 3).

Figura 3 – Processo saúde-doença e seus determinantes



Fonte: Contandriopoulos (1999).

Registre suas considerações.

Vamos introduzir neste momento um tema que retornará na Unidade de Aprendizagem IV, “Promoção da saúde e desenvolvimento social”. Por isso, é preciso deixar claro que não esgotaremos esse assunto; apenas queremos estabelecer a conexão entre processo saúde-doença, determinantes sociais e promoção da saúde de forma introdutória.

ATIVIDADE 4

Dando continuidade aos modelos explicativos do processo saúde-doença, você agora tem outro desafio. Para entender a relação do processo saúde-doença com a promoção de vida com qualidade, conforme mencionamos anteriormente, sugerimos que pergunte a três pessoas de idades bem distintas: O que é qualidade de vida? O que interfere na sua qualidade de vida? O que precisa para ter uma melhor qualidade de vida?

Sugerimos que você utilize o modelo de quadro a seguir para ajudar na organização dos dados coletados.

Entrevistados	Qualidade de vida	Interfere na qualidade de vida	Melhora a qualidade de vida
Ator 1 (Jovem)			
Ator 2 (Adulto)			
Ator 3 (Idoso)			

Após a coleta dos dados, você deve analisá-los e registrar suas respostas.

ATIVIDADE 5

Leia o texto de Paulo Buss (2000), “Promoção da saúde e qualidade de vida”, que se encontra no CD e no AVA, na biblioteca do curso.

Após a leitura do texto identifique os seguintes pontos:

- Qual concepção de saúde que o autor propõe?
- Como o autor compreende promoção da saúde?
- Como essas questões ou outras apresentadas pelo autor estão relacionadas a seu processo de trabalho, considerando aspectos de acesso, resolutividade e respeito aos direitos à saúde?

Faça o registro de suas respostas e discuta com seus companheiros de equipe e tutor.

Na atualidade, o conceito de saúde da OMS vem sofrendo mudanças e aperfeiçoamentos. Na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, o conceito passou a estar relacionado à noção de promoção da saúde, que significa capacitar a comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação social no controle do processo de saúde e doença (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, [199-]).

Na perspectiva da promoção da saúde, percebe-se uma mudança na concepção de saúde em que esta é referida a um recurso aplicado à vida e não um objeto da vida, o que permite aos sujeitos maior controle sobre sua própria saúde e sua possibilidade de melhorá-la.

A noção de promoção da saúde no conceito da OMS significa incluir indivíduos e grupos no processo saúde-doença, de modo que possam identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente, o que se refere compreender os indivíduos e grupos como agentes na promoção da saúde.

Cabe aqui chamar atenção que promoção da saúde, como apresentado por Buss (2000), requer uma maior aproximação e apropriação dos temas relativos aos determinantes da saúde, visto que ações de promoção visam interferir neles. Esse é um ponto crucial, já que o planejamento e a implementação de ações de promoção devem ir ao encontro das necessidades dos grupos sociais, o que vai implicar, muitas vezes, a organização de ações intersetoriais, com métodos e enfoques apropriados.

Promover saúde é, em última instância, promover a vida de boa qualidade, para as pessoas individualmente e para as suas comunidades. A estratégia de promoção da saúde foi orientada para a modificação dos estilos de vida, para a adoção de hábitos saudáveis.

A atuação na perspectiva da promoção da saúde visa:

- Acesso equitativo à saúde como direito de todos;
- Desenvolvimento de um entorno facilitador da saúde;
- Ampliação e potencialização das redes de apoio social;
- Promoção de atitudes afirmativas para a saúde acompanhadas de estratégias de enfrentamento adequadas;
- Ampliação da noção de construção compartilhada do conhecimento e de difusão de informações relacionadas à saúde;

- Fortalecimento da noção de responsabilidade social e civil de gestores de forma compartilhada com a sociedade organizada.

Pelo que foi lido no texto, levantado na Atividade 5 e pelo que está presente no comentário final, dá para perceber que a promoção da saúde não é de responsabilidade exclusiva do setor saúde; ela vai muito além: aponta na direção de um bem-estar global, em que indivíduos, grupos sociais e Estado têm papel importante a exercer para sua conquista.

ATIVIDADE FINAL DO MÓDULO 1

Com base nos textos lidos no Módulo 1, prepare um quadro síntese com os diferentes modelos explicativos sobre o processo de saúde, doença e cuidado, destacando as vantagens e desvantagens de cada um deles. Amplie sua pesquisa para a construção do quadro. Lembre-se de registrar as referências utilizadas na realização desse trabalho.

Ao final, encaminhe a atividade para seu tutor, utilizando a ferramenta Envio de Atividades, disponível no ambiente virtual de aprendizagem.

Referências

ALMEIDA FILHO, N; ROUQUAYROL, M. Z. *Modelos de saúde-doença: introdução à epidemiologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Medci Ed., 2002. p. 27-64.

BARROS, J. A. C. 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.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em 2 fev. 2005.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 2 fev. 2005.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 2 fev. 2005.

BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultura, 1982.

CASTELLANOS, P. L. Sobre o conceito de saúde-doença: descrição e explicação da situação de saúde. *Boletim Epidemiológico [da] Organização Pan-Americana de Saúde*, v. 10, n. 4, p. 25-32, 1990.

CONTANDRIOPOULOS, André Pierre. [S.l.], 1999. Slide apresentado em aula.

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

HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Carta de Ottawa*. 1986. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília, [199-].

ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Medsi Ed., 1993.

SABROZA, P. C. *Concepções de saúde e doença*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2004. Mimeografado.

2. Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde

Marly Marques da Cruz



O Módulo 2 da Unidade de Aprendizagem I compreende os fundamentos teóricos e conceituais e os marcos legais de proteção social que propiciaram a constituição da saúde como um direito. Este módulo está dividido em duas partes: a primeira é referente ao histórico do sistema de saúde brasileiro; a segunda parte corresponde ao sistema de proteção e de direito à saúde.

Este módulo tem por objetivo apresentar as origens e conformação do sistema de saúde brasileiro considerando os marcos da proteção social e do direito à saúde, caracterizar os marcos teóricos e conceituais que fundamentaram a reforma sanitária e deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como discutir os princípios e diretrizes do SUS com base na concepção de extensão dos direitos no setor saúde.

Com o intuito de criar um ambiente de aprendizagem interativo e agradável, procuramos trabalhar no Módulo 2 com atividades que, na realidade, são um convite para que você, aluno, comece a refletir sobre as temáticas centrais. A ideia é que você possa problematizar sobre os pontos sugeridos, fazer uma aproximação com os conceitos e com a sua realidade e, posteriormente, retornar a eles na leitura ou em alguma outra atividade de síntese.

Histórico do sistema de saúde brasileiro

Para iniciar o estudo deste tema, sugerimos que você realize esta primeira atividade.



Para aprofundar o estudo das questões tratadas nesta atividade, sugerimos a leitura dos seguintes textos de Luiz Odorico Monteiro de Andrade (2001), disponíveis no CD e na biblioteca do curso:

- “Do nascimento da saúde pública ao movimento pré-SUS”;
- “A regulamentação do SUS”.

Assista ao filme *História das Políticas de Saúde no Brasil*, produzido pelo Núcleo de Vídeo do Departamento de Comunicação e Saúde da Fiocruz, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. O filme, disponível no CD e no AVA, vai ajudá-lo a sistematizar melhor os pontos abordados na Atividade 1.

ATIVIDADE 1

Faça suas reflexões a respeito das seguintes questões: Como estava estruturada a rede de assistência à saúde antes do SUS e quem tinha acesso a essa rede? Quem financiava a saúde? Do ponto de vista do acesso, o que mudou com a consolidação do SUS? De acordo com os períodos apresentados no texto, como podemos relacionar as conjunturas político-econômicas à conformação dos diferentes modelos de sistemas de saúde?

Para sistematizar as suas reflexões, você pode construir um quadro como sugerido a seguir.

Períodos	Principais instituições	Quem tinha acesso	Quem financiava	Contexto político e econômico

Lembre-se de registrar as suas reflexões no Diário de Estudos.

Vamos agora aprofundar um pouco mais sobre a história das políticas de saúde no Brasil, considerando os períodos históricos mais marcantes, as instituições envolvidas, as condições de acesso ao sistema, os aspectos relativos ao financiamento e aos contextos político-econômicos característicos dos períodos. Para tanto, apresentamos esta outra atividade, que inclui a leitura de um texto seguida de uma reflexão.

ATIVIDADE 2

Leia o texto “História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde”, de Tatiana Vargas de Faria Baptista (2007), que pode ser encontrado no CD e na biblioteca do curso.

Com base nessa leitura, responda: Quais foram os problemas destacados em relação ao sistema de saúde do Brasil que suscitaram a necessidade de reformulação do sistema de saúde vigente?

Sistematize suas reflexões.

Você pode observar, com base no texto lido, que naquela conjuntura foram muitos os problemas que deram origem à reformulação do sistema de saúde brasileiro. Dentre eles destacamos:

- Desigualdade no acesso aos serviços de saúde;
- Multiplicidade e descoordenação entre as instituições atuantes no setor;
- Desorganização dos recursos empregados nas ações de saúde, curativas e preventivas;
- Baixa resolutividade e produtividade dos recursos existentes e falta de integralidade da atenção;
- Escassez de recursos financeiros;
- Gestão centralizada e pouco participativa.

Foi diante desses problemas e de um cenário marcado pela abertura política, após regime ditatorial, que os atores políticos da reforma sanitária tiveram acesso ao aparelho do Estado (Ministério da Saúde e Previdência Social). Esse cenário propiciou toda a reestruturação político-institucional que culminou com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para refletir

Afinal, o que é para você o Sistema Único de Saúde?

Procure refletir sobre os principais marcos da reforma sanitária que orientaram a constituição de um sistema único de saúde e os interesses em jogo na arena de disputas.

Sistematize suas reflexões.

O marco da reforma do sistema de saúde brasileiro foi a **8ª Conferência Nacional de Saúde**, cujo lema era “Saúde, Direito de Todos, Dever do Estado”. As conferências de saúde foram instituídas pela Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937, e tinham como principal objetivo propiciar a articulação do governo federal com os governos estaduais, dotando-o de informações para a formulação de políticas, para a concessão de auxílios e subvenção financeiras (NORONHA, LIMA; MACHADO, 2008).

A 8ª Conferência ocorreu em março de 1986, promovida pelo Ministério da Saúde (MS), e contou com a participação de diferentes setores organizados da sociedade (ANDRADE, 2001). A grande novi-

dade dessa conferência, segundo o que ressaltam Noronha, Lima e Machado (2008), foi a participação, pela primeira vez, das entidades da sociedade civil organizada de todo país como delegados eleitos, incluindo as representações sindicais, das associações de profissionais de saúde, de movimentos populares em saúde, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

Os principais temas debatidos na conferência foram:

- a) Saúde como direito de cidadania;
- b) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde;
- c) Financiamento do setor.

O relatório da 8ª Conferência de Saúde orientou os constituintes dedicados à elaboração da Carta Magna de 1988 e os militantes do movimento sanitário. Os eixos do relatório foram os seguintes:

- a) Instituição da saúde como direito de cidadania e dever do Estado;
- b) Compreensão da determinação social do processo saúde-doença;
- c) Reorganização do sistema de atenção, com a criação do SUS.

Naquele momento havia clareza, entre os participantes desse processo, de que para o setor saúde não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira. Era necessária uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente.

PARA PESQUISAR

Leia o capítulo da saúde na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 e destaque os princípios e diretrizes do SUS presentes nesses documentos. Fique à vontade para consultar outros documentos ou referências, caso tenha necessidade.

Sistema de proteção e direito à saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Representou um importante ponto de inflexão na evolução institucional do país e determinou um novo

arcabouço jurídico-institucional no campo das políticas públicas em saúde. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, o SUS parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde (NORONHA, LIMA; MACHADO, 2008).

Os principais marcos legais e normativos para a conformação do SUS, ressaltando a abrangência e a profundidade das mudanças propostas, foram a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde, de 1990. Como você já deve ter levantado em sua pesquisa é no texto da Carta Magna que está explicitado que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art.196).

O conteúdo ideológico do capítulo referente à **seguridade social** na Constituição de 1988, na visão de Noronha, Lima e Machado (2008), dizia respeito à preocupação com o bem-estar, a igualdade e a justiça social, realizados pelo exercício dos direitos sociais. Deveria competir ao poder público organizá-la em uma lógica universalista e equitativa, financiada por fontes diversificadas de receitas de impostos e contribuições sociais dos orçamentos da União, de estados e municípios.

Seguridade social compreende “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, Art.194).

Os princípios e diretrizes do SUS foram estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 de 1990:

○ Universalização do direito à saúde

É a garantia de que todos os cidadãos, sem privilégios ou barreiras, devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema, garantido por uma rede de serviços hierarquizada e com tecnologia apropriada para cada nível. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades, até o limite que o Sistema pode oferecer para todos.

○ Descentralização com direção única para o sistema

É a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (União, estados, municípios e Distrito Federal), partindo do pressuposto de que quanto mais perto

o gestor estiver dos problemas de uma comunidade, mais chance terá de acertar na resolução dos mesmos. A descentralização tem como diretrizes:

- a regionalização e a hierarquização dos serviços – rumo à municipalização;
- a organização de um sistema de referência e contrarreferência;
- a maior resolutividade atendendo melhor os problemas de sua área;
- a maior transparência na gestão do sistema;
- a entrada da participação popular e o controle social.

○ Integralidade da atenção à saúde

É o reconhecimento, na prática, de que:

- o usuário do sistema é um ser integral, participativo no processo saúde-doença e capaz de promover saúde;
- as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um sistema único e integral e por isso deve atender em todos os níveis de complexidade, referenciando o paciente aos serviços na medida em que for necessário o atendimento;
- cada comunidade deve ser reconhecida dentro da realidade de saúde que apresenta, entendida em sua integralidade;
- promover saúde significa dar ênfase à atenção básica, mas não prescinde de atenção aos demais níveis de assistência.

○ Participação popular visando o controle social

É a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, pode participar do processo de formulação das políticas e controle de sua execução. Assim:

- garante o controle social sobre o sistema e a melhor adequação da execução à realidade referida;
- permite uma compreensão mais abrangente do próprio usuário na concepção de saúde-doença;
- fortalece a democratização do poder local, com o aumento da influência da população na definição de políticas sociais.

Perceba que os princípios e diretrizes abordam justamente os caminhos para o enfrentamento dos problemas do sistema de saúde apresentados

como críticos. Esses princípios, na realidade, referiam-se a valores que estavam na base da construção de um novo sistema. Por isso quero convidá-lo a se aproximar um pouco mais do que deu origem a esses princípios e diretrizes e em que estão fundamentados.

FÓRUM

Leia o texto “Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”, de Gustavo Corrêa Matta (2007), disponível no CD e na biblioteca do curso, no AVA.

Em seguida, prepare uma síntese fundamentada na leitura desse texto e também no seu percurso até agora. Enfatize os avanços e entraves do SUS, com base nos princípios desse Sistema e na realidade atual do sistema de saúde que você vivencia como gestor.

Registre sua síntese no Diário de Estudos e depois discuta no fórum com a turma.

A implantação do SUS tem início nos primeiros anos da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei Orgânica da Saúde n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Estas foram leis fundamentais que orientaram a operacionalização do sistema de saúde, visto que a primeira definiu os objetivos e atribuições do SUS, enquanto a segunda definiu as regras gerais para a participação popular e financiamento, conforme apresentado a seguir.

Como **objetivos do SUS**, a Lei n. 8.080 define:

- a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- a formulação de políticas de saúde;
- a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Como **atribuições do SUS**, a Lei n. 8.080 define:

- Atuar na promoção de saúde com ações de:
 - vigilância epidemiológica
 - vigilância sanitária

- saúde do trabalhador
 - saúde ambiental
 - vigilância nutricional
 - fiscalização de produtos
 - atenção primária
- Atuar na assistência médica propriamente dita e ainda:
- com uso de recursos tecnológicos mais apropriados
 - na política de saúde e hemoderivados
 - na política de medicamentos.

A Lei Complementar à Lei Orgânica da Saúde (8.142/1990) define:

- o estabelecimento das regras para a realização das conferências de saúde, bem como sua função. As conferências têm por função definir as diretrizes gerais para a política de saúde;
- a regulamentação dos conselhos de saúde nacional, estaduais e municipais, definido o caráter permanente e deliberativo desses fóruns, a representação paritária e o papel de formulador e controlador da execução da política de saúde;
- a definição das regras de repasse dos recursos financeiros da União para os estados e municípios, que deveriam ter fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão e contrapartida de recursos do respectivo orçamento.

As competências das três instâncias do SUS foram definidas como:

- **Município**
 - prover os serviços;
 - executar serviços de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e saúde ocupacional;
 - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.
- **Estado**
 - ser responsável pelas ações de saúde do estado;
 - planejar e controlar o SUS na sua esfera de atuação.

○ União

- normatizar o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, identificando riscos e necessidades nas diferentes regiões.

O exercício e a participação da iniciativa privada na saúde são previstos por lei, de forma complementar, regulamentados por disposições e princípios gerais da atenção à saúde.

O SUS, portanto, não é composto somente por serviços públicos; é integrado também por uma rede de serviços privados, principalmente hospitais e unidades de diagnose e terapia, que são remunerados por meio dos recursos públicos destinados à saúde (NORONHA, LIMA; MACHADO, 2008). As ações e serviços de saúde são considerados de relevância pública, segundo Andrade (2001), cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle, nos termos da lei, a serem executados diretamente ou por terceiros, inclusive pessoa física ou jurídica de direito privado.

Sistema Único de Saúde: normatização em questão!

No que se refere à capacidade de efetivação da política nacional de saúde, deve-se sempre considerar que estados e municípios se encontravam em diferentes estágios em relação às novas funções gestoras previstas no novo arcabouço legal. O processo de descentralização do sistema levou os municípios, com base na redefinição de funções e atribuições das diferentes instâncias gestoras do SUS, a assumir papel de atores estratégicos do SUS, em virtude da sua competência constitucional para prestar, com a cooperação técnica financeira da União e dos Estados, serviços e atendimento à saúde da população. Como bem alertam Noronha, Lima e Machado (2008), se conforma com esse processo “A base da regulação federal sobre a descentralização é a normatização”.

Como uma das principais estratégias para esse fim, é constituído um arcabouço normativo que, nos anos 1990, é representado por quatro Normas Operacionais Básicas (NOB), de 1991, 1992 (similar à anterior), 1993 e 1996. Na década de 2000, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), nas versões 2001 e 2002, e, em 2006, as portarias relativas ao Pacto pela Saúde (Quadro 1).

Quadro 1 – Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Formas de financiamento federal das ações e serviços descentralizados do SUS	Modelos de atenção	Acordo federativo
1990 a 1994	NOB 91/92	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente 	<ul style="list-style-type: none"> • Única forma utilizada: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente 	<ul style="list-style-type: none"> • Negociações em âmbito nacional por meio dos Conselhos Nacionais de Representação dos Secretários Estaduais (Conass) e Municipais (Conasems) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT)
1994 a 1998	NOB 93	<ul style="list-style-type: none"> • Fraca: vinculada às iniciativas e negociações municipais isoladas 	<ul style="list-style-type: none"> • Forma preponderante: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada • Forma residual: transferências em bloco (<i>block grants</i>) segundo montante definido no teto financeiro 	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de responsabilidade sobre algumas ações programáticas e de vigilância (sanitária e epidemiológica) para a condição de gestão mais avançada vigente (semiplena) 	<ul style="list-style-type: none"> • Negociações em âmbito nacional e estadual, por meio dos Conselhos de Representação dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB) • Iniciativas isoladas de consórcios • Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS
1998 a 2002	NOB 96	<ul style="list-style-type: none"> • Moderada: vinculada às iniciativas e negociações intermunicipais, com participação e mediação da instância estadual (Programação Pactuada e Integrada - PPI) 	<ul style="list-style-type: none"> • Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada • Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas (<i>project grants</i>) por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs); Programa Saúde da Família (PSF) • Programas e projetos prioritários para controle de doenças e agravos (carências nutricionais, catarata, varizes, atenção de urgência/emergência, doenças infecciosas, vigilância sanitária, atenção à população indígena) 	<ul style="list-style-type: none"> • Negociações em âmbito nacional e estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex.: CIB regionais) • Iniciativas isoladas de consórcios • Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS e da PPI

Quadro 1 – Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS (cont.)

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Formas de financiamento federal das ações e serviços descentralizados do SUS	Modelos de atenção	Acordo federativo
2002 a 2005	NOAS 2001/2002	<ul style="list-style-type: none"> • Forte: vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados nos módulos assistenciais pelo nível federal e às iniciativas e negociações intermunicipais sob coordenação da instância estadual (PPI, Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada • Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas (<i>project grants</i>) por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas, incluindo a definição de referências intermunicipais 	<p>Manutenção dos dispositivos anteriores e:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definição das responsabilidades mínimas e conteúdos para a atenção básica • Redefinição de procedimentos da atenção de média complexidade • Redefinição de procedimentos da atenção de alta complexidade • Criação de protocolos para assistência médica 	<ul style="list-style-type: none"> • Negociações em âmbito nacional e estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex.: CIB regionais) • Iniciativas isoladas de consórcios • Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS, da PPI e de experiências de contrato de gestão isoladas. • Implantação de mecanismos de avaliação de resultados (Agenda da Saúde, Pacto da Atenção Básica)
A partir de 2006	Pactos pela Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Forte: vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados no processo de regionalização da saúde conduzidos no âmbito estadual com pactuação entre os gestores 	<ul style="list-style-type: none"> • Transferências em cinco grandes blocos segundo nível de atenção à saúde, tipo de serviço, programas e funções – em fase de implantação 	<ul style="list-style-type: none"> • Definição das responsabilidades em todos os níveis de atenção 	<ul style="list-style-type: none"> • Negociações em âmbito nacional e estadual • Fomento à expansão das experiências de negociação regional e compartilhamento da gestão dos sistemas de saúde • Formalização dos acordos entre gestores por meio da PPI, da assinatura de termos de compromissos entre os gestores no âmbito do Pacto de Gestão e do Pacto pela Vida • Implantação de mecanismos de monitoramento e avaliação dos compromissos pactuados

Fonte: Noronha, Lima e Machado (2008).

As Normas Operacionais são fruto de um processo político de pactuação intergestores que, após a Lei Orgânica da Saúde, vem criando condições privilegiadas de negociação política no processo de descentralização e de construção do Sistema Único de Saúde.

Sei que você ficou com um gostinho de quero mais! Aguarde um pouco. No próximo módulo você saberá um pouco mais sobre os princípios organizativos e as instâncias de gestão do sistema de saúde no Brasil.

ATIVIDADE FINAL DO MÓDULO 2

Considere tudo o que você estudou neste Módulo 2 e aponte:

- a) três avanços do SUS, identificando os possíveis fatores que tenham concorrido para isso;
- b) três retrocessos, sugerindo ações que possam revertê-los.

Sistematize suas respostas e envie para o tutor por meio do AVA, pela ferramenta Envio de Atividades.

Referências

ANDRADE, L. O. M. Do nascimento da saúde pública ao movimento pré-SUS. In: *SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Hucitec; Sobral: Edições UVA, 2001. p. 19-28.

_____. A regulamentação do SUS. In: *SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Hucitec; Sobral: Edições UVA, 2001. p. 20-31.

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. *Textos de apoio em políticas de saúde*. 20. ed. Rio de Janeiro, 2005. v. 1, p. 11-42.

_____. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Correa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. v. 3.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 2 fev. 2005.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 25.694, 31 dez. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 2 fev. 2005.

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

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (Org.). *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. v. 3. p. 61-80.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. de. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2004.

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

3. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS

*Cristiani Vieira Machado, Luciana Dias de Lima e
Tatiana Wargas de Faria Baptista*



Este módulo discute alguns aspectos relevantes para o funcionamento do sistema público de saúde, abordando a definição do papel e das atribuições dos gestores do SUS e a configuração e forma de atuação das instâncias coletivas de negociação e de decisão sobre a política de saúde existentes no âmbito do SUS.

O papel dos gestores e as instâncias de decisão no Sistema Único de Saúde

Vamos iniciar o estudo desse tema convidando você para uma primeira reflexão sobre o papel dos gestores do SUS.

Para refletir

O que é ser gestor do Sistema Único de Saúde? Com quem os gestores interagem, na sua prática? Com quem negociam? Como compartilham ou dividem responsabilidades e atribuições?

Com base em sua experiência profissional, reflita sobre a realidade e os desafios relacionados às atividades dos gestores públicos da saúde, considerando o contexto em que atuam e os atores (pessoas, grupos) com quem interagem.

Registre suas reflexões no Diário de Estudos.

Os trabalhadores e usuários do sistema público de saúde, em seu cotidiano, frequentemente se deparam com problemas de organização,

funcionamento e qualidade dos serviços que prejudicam o acesso e o atendimento às necessidades de saúde da população. A quem recorrer para tentar solucionar esses problemas? Quem são os responsáveis pelo comando do Sistema Único de Saúde? Como as decisões são tomadas no SUS?

A definição clara das responsabilidades pela gestão e implementação das políticas no SUS é importante para assegurar condições adequadas à concretização da saúde como direito de cidadania, como é afirmado na Constituição Federal de 1988.

Além disso, importa considerar a forma como se processam as decisões sobre as políticas de saúde, visto que o funcionamento do SUS envolve uma grande quantidade de serviços e de pessoas – dirigentes, profissionais de saúde, prestadores de serviços, empresários, fornecedores e usuários de serviços.

Nesse sentido, a Constituição de 1988 estabeleceu algumas diretrizes organizativas para o SUS que têm implicações para a forma como as decisões relativas às políticas de saúde são tomadas e implementadas.

Este texto enfoca dois aspectos relevantes para o funcionamento do sistema público de saúde: o primeiro deles é a definição do papel e das atribuições dos gestores do SUS. Para isso, discute-se a própria concepção sobre o que é ser gestor público na saúde, para depois abordar a configuração do papel dos gestores do SUS nas três esferas de governo na saúde.

O segundo aspecto é a configuração e a forma de atuação das instâncias coletivas de negociação e de decisão sobre a política de saúde existentes no âmbito do SUS. Nesse sentido, são apresentados e discutidos os papéis das **comissões intergestores** e dos conselhos participativos na saúde.

O que é ser gestor do SUS?

A LOS – Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 (BRASIL, 1990) – define que a direção do SUS é única em cada esfera de governo e estabelece como órgãos responsáveis pelo desenvolvimento das funções de competência do Poder Executivo na área de saúde o Ministério da Saúde no âmbito nacional e as secretarias de saúde ou órgãos equivalentes nos âmbi-

tos estadual e municipal. Com essa definição, no setor saúde, o termo “gestor do SUS” passou a ser amplamente utilizado em referência ao ministro e aos secretários de saúde.

Para refletir

O que significa ser gestor do SUS? Procure no *Caderno de Funções Gestoras e seus Instrumentos* o significado da palavra **gestão** e veja se no cotidiano de seu trabalho estão presentes as funções das diferentes atribuições.

Anote suas reflexões no AVA do curso, na biblioteca pessoal.

Mais do que um administrador, o gestor do SUS é a “autoridade sanitária” em cada esfera de governo, cuja ação política e técnica deve estar pautada pelos princípios da reforma sanitária brasileira.

O reconhecimento de duas dimensões indissociáveis da atuação dos gestores da saúde – a política e a técnica – pode ajudar a compreender a complexidade e os dilemas no exercício dessa função pública de autoridade sanitária, a natureza dessa atuação e as possíveis tensões relativas à direcionalidade da política de saúde em um dado governo e ao longo do tempo.

Em primeiro lugar, cabe lembrar que o cargo de ministro ou de secretário de saúde tem significado político importante; seu ocupante é designado pelo chefe do Executivo, democraticamente eleito em cada esfera do governo (presidente, governador ou prefeito). Isso situa o gestor da saúde como integrante de uma equipe que tem responsabilidade por um determinado “projeto de governo”, que terá de dar respostas ao chefe político em cada esfera e interagir com outros órgãos de governo.

Por outro lado, a autoridade sanitária tem a responsabilidade de conduzir as políticas de saúde segundo as determinações constitucionais e legais do SUS, que constituem um dado modelo de **política de Estado** para a saúde que não se encerra no período de um governo. A interação **projeto de governo – política de Estado setorial** tem de ser considerada na reflexão sobre a atuação dos gestores do SUS, visto que muitas vezes pode expressar tensões que influenciam a possibilidade de continuidade e consolidação das políticas públicas de saúde.

Para refletir

Você conhece algum exemplo de política ou programa de saúde que tenha se expandido nos últimos anos no país, em seu estado ou em seu município, independente de mudanças de governo? Ou, ao contrário, você conhece políticas ou programas que tenham sido interrompidos em função de alteração dos governantes ou dos gestores do SUS? Como você avalia essa situação?

Faça o registro de suas reflexões.

A atuação política do gestor do SUS se expressa em seu relacionamento constante com diversos grupos e atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes, formais e informais. Os objetivos a serem perseguidos na área da saúde exigem a interação do gestor com os demais órgãos governamentais executivos (ex.: outros ministérios ou secretarias de governo), com outros Poderes (Legislativo e Judiciário), com gestores de outras esferas de governo e com a sociedade civil organizada.

A atuação técnica do gestor do SUS, permanentemente permeada por variáveis políticas, se consubstancia por meio do exercício das funções e atribuições na saúde, cujo desempenho depende de conhecimentos, habilidades e experiências no campo da gestão pública e da gestão em saúde. Tais funções podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a condução de políticas na área da saúde.

Os gestores do SUS nas três esferas de governo

Por que no Brasil existem autoridades sanitárias ou gestores do sistema de saúde nos âmbitos federal, estadual e municipal?

Isso ocorre porque o Brasil é uma **federação**, constituída por três esferas de governo: União, estados e municípios.

Federação é a forma de organização territorial em que o poder de Estado se expressa em mais de uma esfera de governo, sem que existam relações hierárquicas entre elas.

O SISTEMA POLÍTICO FEDERATIVO

A principal característica do sistema político federativo é a difusão de poder e de autoridade em muitos centros, de modo que o governo nacional e os governos subnacionais (no caso brasileiro, os estados e municípios) têm poderes únicos e concorrentes para governar sobre o mesmo território e as mesmas pessoas.



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

Em uma federação, os entes federados têm seu poder estabelecido constitucionalmente, à diferença dos países unitários, em que todo o poder emana do governo central, que pode ou não transferi-lo para as unidades territoriais. Portanto, nas federações se coloca o desafio de uma soberania compartilhada, visto que a existência de competências legislativas concorrentes e de responsabilidades compartilhadas na oferta de bens e serviços é própria à essência do federalismo. Na implementação das políticas sociais em federações, as relações intergovernamentais assumem formas peculiares, caracterizadas tanto pela negociação entre esferas de governo quanto pelo conflito de poder, no cerne do qual está a definição do grau de autonomia do governo nacional e dos governos subnacionais (ALMEIDA, 2001).

A adoção de um sistema político federativo e as especificidades de cada federação têm implicações importantes para as políticas públicas, incluindo as de saúde. A federação brasileira apresenta especificidades que a diferenciam de outros países federativos, como destacado no texto “As características da federação brasileira”.

AS CARACTERÍSTICAS DA FEDERAÇÃO BRASILEIRA

O Brasil é uma federação desde a primeira Constituição da República, que é de 1891. No entanto, o processo de democratização dos anos 1980 e a Constituição de 1988 trouxeram mudanças importantes para o arranjo federativo brasileiro, que o diferencia do de outros países.

Entre as especificidades do federalismo brasileiro que têm implicações para as políticas públicas pode-se destacar:

a) a origem formal há mais de um século, porém o caráter ainda “em construção” do federalismo brasileiro, em face dos longos períodos de autoritarismo centralizador na história do país e das transformações democráticas a partir dos anos 1980;

- b) o peso dos estados e dos governadores em alguns momentos da história política nacional (o que não significa uma atuação igualmente expressiva da esfera estadual em todas as áreas da política);
- c) o grande peso dado aos municípios após a Constituição de 1988, relacionado ao seu reconhecimento como entes federativos, à descentralização política e tributária e à sua importância nas políticas públicas;
- d) a existência de milhares de municípios de pequeno porte no país, com limitada capacidade financeira e administrativa para desenvolver todas as responsabilidades sobre as políticas públicas que lhes são atribuídas;
- e) as marcantes desigualdades econômicas e sociais entre regiões, estados e principalmente entre municípios do país.

Atualmente, a federação brasileira é conformada pela União, por 26 estados, pelo Distrito Federal e por 5.564 municípios (Figura 1).

Figura 1 – Divisão territorial do Brasil em estados e municípios – 2005



Fonte: IBGE (2005).

Os estados e municípios brasileiros apresentam características muito diferentes entre si em termos geográficos, populacionais (Tabela 1), econômicos, sociais e de capacidade administrativa e financeira para a formulação e implementação das políticas públicas.

Tabela 1 – Distribuição do número de municípios por faixa populacional. Brasil – 2007

Faixa populacional	Municípios	
	N.	%
até 5 mil	1.370	24,6
> 5 mil até 10 mil	1.283	23,1
> 10 mil até 20 mil	1.280	23,0
> 20 mil até 50 mil	1.047	18,8
> 50 mil até 100 mil	309	5,6
> 100 mil até 1 milhão	260	4,7
> 1 milhão	15	0,3
Total	5.564	100,0

Fonte: IBGE (2007).

Ao abordar as imensas diferenças entre os milhares de municípios brasileiros, Souza (2002) adverte para o fato de que, em contexto de grande heterogeneidade econômica e social, a descentralização de políticas públicas, incluindo as de saúde, pode levar a consequências adversas, como até mesmo o aprofundamento das desigualdades. Para evitar isso, é necessário assegurar condições adequadas para o fortalecimento da gestão pública, dos mecanismos de coordenação da rede e de promoção do acesso de todos os cidadãos às ações e serviços de saúde necessários, independente de seu local de residência.

A saúde expressou fortemente as mudanças no arranjo federativo após a Constituição de 1988. O processo de descentralização em saúde predominante no Brasil, desde então, é do tipo político-administrativo, envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também a transferência de poder, responsabilidades e recursos, antes concentrados no nível federal, para estados e, principalmente, para os municípios. A descentralização da política de saúde nos anos 1990 contou com uma forte indução federal, mediante a formulação e implementação das Normas Operacionais (NO) do SUS, apresentadas no Quadro 1 do Módulo 2 desta unidade de aprendizagem, e outras milhares de portarias.

Essas portarias eram editadas a cada ano pelas diversas áreas do Ministério da Saúde e demais entidades federais da saúde, em geral associadas a mecanismos financeiros de incentivo ou inibição de políticas e práticas realizadas pelos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviços (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; MACHADO, 2007).

O fato é que a década de 1990 testemunhou a passagem de um sistema extremamente centralizado para um cenário em que centenas de gestores – municipais e estaduais – tornaram-se atores fundamentais no campo da saúde.

Além da dimensão federativa, o processo de descentralização na saúde apresenta a especificidade de necessariamente ter que estar atrelado à ideia de conformação de um **sistema integrado** de serviços e ações de saúde, implicando novas formas de articulação entre esferas de governo, instituições e serviços de saúde (VIANA, 1995).

Nesse contexto, foram feitos esforços de definição mais clara das responsabilidades de cada esfera de governo no SUS e da conformação de instâncias de debate e negociação entre os gestores da saúde. Assim, o papel e as funções dos gestores da saúde nas três esferas de governo sofreram mudanças importantes no processo de implantação do SUS, em grande parte relacionadas à descentralização; essas mudanças serão abordadas no próximo item.

Para refletir

Considerando a sua inserção profissional, reflita sobre a forma como as mudanças discutidas anteriormente se expressaram na realidade do seu estado ou município.

Registre suas principais conclusões.

As funções dos gestores do SUS

A atuação do gestor do SUS se consubstancia por meio do exercício das funções gestoras na saúde. Essas funções podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde, que devem ser exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública.

Simplificadamente, pode-se identificar quatro grandes grupos de funções gestoras na saúde:

- formulação de políticas/planejamento;
- financiamento;

- regulação, coordenação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores, públicos ou privados);
- prestação direta de serviços de saúde.

Cada uma dessas macrofunções compreende, por sua vez, uma série de subfunções e de atribuições dos gestores. Por exemplo, dentro da função de formulação de políticas/planejamento estão incluídas as atividades de diagnóstico de necessidades de saúde, identificação de prioridades e programação de ações, entre outras.

A legislação do SUS e diversas normas e portarias complementares editadas a partir dos anos 1990 empreenderam esforços no sentido de definir e diferenciar o papel dos gestores da saúde nas três esferas. No entanto, a análise das funções delineadas para a União, estados e municípios no terreno das políticas de saúde no âmbito legal e normativo evidencia que o sistema brasileiro se caracteriza pela existência de atribuições concorrentes entre essas esferas de governo, sem que existam padrões de autoridade e responsabilidade claramente delimitados, o que é comum em países federativos. Na maioria das vezes, observa-se uma mistura entre a existência de competências concorrentes e competências específicas de cada esfera.

Compreender as atribuições dos gestores do SUS nos três níveis de governo requer, portanto, uma reflexão sobre as especificidades da atuação de cada esfera no que diz respeito a essas funções gestoras, de forma coerente com as finalidades de atuação do Estado em cada nível de governo, com os princípios e objetivos estratégicos da política de saúde e para cada campo de atuação do Estado na saúde (assistência à saúde, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, desenvolvimento de insumos para a saúde e recursos humanos, entre outros).

O processo de implantação do SUS, particularmente a descentralização político-administrativa, reconfigura as funções dos gestores das três esferas no sistema de saúde, que pode se expressar de forma diversificada, de acordo com o campo de atenção à saúde. Por exemplo, nos campos das vigilâncias epidemiológica e sanitária, cujos processos de descentralização são mais recentes, observam-se esforços de divisão de atribuições entre estados e municípios baseados em uma lógica de repartição por complexidade.

De forma geral, a análise do período de 1990 a 2007 sugere as seguintes mudanças e tendências:

○ **Formulação de políticas e planejamento:** a função de formulação de políticas e planejamento é uma atribuição comum das três esferas de governo, cada uma em sua esfera de atuação, sendo estratégica a ação dos governos federal e estaduais para a redução das desigualdades regionais e locais. De modo geral, a formulação de políticas tem sido compartilhada entre os gestores do SUS no âmbito das comissões intergestores e com outros atores sociais, por meio dos conselhos de saúde, embora isso não se dê de forma homogênea entre os diversos temas da política. Em que pese os esforços das esferas estaduais e municipais para elaboração de seus planos de saúde e as iniciativas de regulamentação desse processo, o conteúdo dos planos e a abrangência das ações planejadas variam enormemente no território nacional. Na esfera federal, apenas recentemente se registram instrumentos de planejamento formais que envolvam uma explicitação clara de prioridades e estratégias, como a Agenda Nacional de Prioridades (em 2001), o Plano Nacional de Saúde plurianual (publicado em 2004) e o Mais Saúde (lançado ao final de 2007).

○ **Financiamento:** a responsabilidade pelo financiamento da saúde, segundo a legislação, deve ser compartilhada pelas três esferas de governo. A definição legal de um orçamento da seguridade social, as características do sistema tributário e as desigualdades da federação brasileira destacam a importância do financiamento federal na saúde. De fato, o peso do governo federal no financiamento da saúde ainda é importante, embora a participação relativa da esfera federal no gasto público em saúde tenha diminuído ao longo da década de 1990, ao mesmo tempo que houve aumento relativo da participação dos municípios. Observa-se um aumento progressivo das transferências federais diretas para os gestores estaduais e municipais, tendo em vista o custeio das ações e serviços do SUS, que passam a exercer maiores responsabilidades sobre a execução dos recursos de origem federal. Entretanto, grande parte dessas transferências é condicionada ou vinculada a ações e programas específicos, restringindo o poder de decisão dos demais gestores sobre os recursos totais. Os gestores das três esferas de governo são responsáveis pela realização de investimentos que, em geral, não têm sido suficientes para a redução das desigualdades em saúde.

○ **Regulação, coordenação, controle e avaliação:** a responsabilidade de regulação sobre prestadores se desloca cada vez mais para os municípios, enquanto o Ministério da Saúde tem exercido seu poder regulatório principalmente sobre os sistemas estaduais e municipais, por meio de normas e portarias federais, atreladas a mecanismos financeiros. Aos estados, cabe a coordenação dos processos de regionalização, a regulação e articulação de sistemas municipais, o apoio à articulação intermunicipal, a coordenação da distribuição dos recursos financeiros federais nos municípios, a implantação de estratégias de regulação da atenção, a avaliação do desempenho dos sistemas municipais nos vários campos e o apoio ao fortalecimento institucional dos municípios. Aos municípios, atribuem-se as funções relativas à coordenação do sistema em seu âmbito, como a organização das portas de entrada do sistema, o estabelecimento de fluxos de referência, a integração da rede de serviços, a articulação com outros municípios para referências, a regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados situados em seu território. A regulação sanitária continua sendo uma atribuição federal importante, comandada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com atribuições progressivamente assumidas por estados e municípios. A regulação de mercados em saúde representa uma área estratégica de atuação federal, tendo em vista os fortes interesses econômicos envolvidos no setor saúde.

○ **Prestação direta de ações e serviços:** durante os anos 1990 ocorreu progressiva transferência de responsabilidades pela execução direta de ações e serviços para os estados e, principalmente, para os municípios, no âmbito da assistência à saúde, da vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária. Grande parte dos municípios recebeu unidades de saúde de outras esferas, expandiu o quadro do funcionalismo e a rede de serviços próprios. No entanto, ainda se destaca a importância da prestação direta de serviços pelo gestor estadual na região Norte do país. Atualmente, o gestor federal é executor direto de serviços em situações excepcionais (hospitais universitários e alguns hospitais federais localizados no município do Rio de Janeiro, Porto Alegre, Brasília e Belém).

O Quadro 1 sistematiza as principais atribuições dos gestores das três esferas de governo, organizadas pelas funções descritas.

Quadro 1 – Resumo das principais atribuições dos gestores do SUS

Esfera de governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação, coordenação, controle e avaliação	Execução direta de serviços
Federal	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional. • Papel estratégico e normativo. • Manutenção da unicidade, respeitando a diversidade. • Busca da equidade. • Apoio e incentivo para o fortalecimento institucional e de práticas inovadoras de gestão estadual e municipal. • Planejamento e desenvolvimento de políticas estratégicas nos campos de tecnologias, insumos e recursos humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de recursos estáveis e suficientes para o setor saúde. • Peso importante dos recursos federais. • Papel redistributivo. • Definição de prioridades nacionais e critérios de investimentos e alocação entre áreas da política e entre regiões/estados. • Realização de investimentos para redução de desigualdades. • Busca da equidade na alocação de recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulação de sistemas estaduais. • Coordenação de redes de referência de caráter interestadual/nacional. • Apoio à articulação interestadual. • Regulação da incorporação e uso de tecnologias em saúde. • Normas de regulação sanitária no plano nacional. • Regulação de mercados em saúde (planos privados, insumos). • Regulação das políticas de recursos humanos em saúde. • Coordenação dos sistemas nacionais de informações em saúde. • Avaliação dos resultados das políticas nacionais e do desempenho dos sistemas estaduais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em caráter de exceção. • Em áreas/ações estratégicas.
Estadual	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual. • Promoção da regionalização. • Estímulo à programação integrada. • Apoio e incentivo ao fortalecimento institucional das secretarias municipais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de prioridades estaduais. • Garantia de alocação de recursos próprios. • Definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios. • Realização de investimentos para redução de desigualdades. • Busca da equidade na alocação de recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulação de sistemas municipais. • Coordenação de redes de referência de caráter intermunicipal. • Apoio à articulação intermunicipal. • Coordenação da PPI no estado. • Implantação de mecanismos de regulação da assistência (ex.: centrais, protocolos). • Regulação sanitária (nos casos pertinentes). • Avaliação dos resultados das políticas estaduais. • Avaliação do desempenho dos sistemas municipais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em caráter de exceção. • Em áreas estratégicas: serviços assistenciais de referência estadual/ regional, ações de maior complexidade de vigilância epidemiológica ou sanitária. • Em situações de carência de serviços e de omissão do gestor municipal.

Quadro 1 – Resumo das principais atribuições dos gestores do SUS (cont.)

Esfera de governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação, coordenação, controle e avaliação	Execução direta de serviços
Municipal	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal. • Planejamento de ações e serviços necessários nos diversos campos. • Organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação de privados (caso necessário). 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de aplicação de recursos próprios. • Critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais. • Realização de investimentos no âmbito municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organização das portas de entrada do sistema. • Estabelecimento de fluxos de referência. • Integração da rede de serviços. • Articulação com outros municípios para referências. • Regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados. • Regulação sanitária (nos casos pertinentes). • Avaliação dos resultados das políticas municipais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peso importante na execução de ações/prestação direta de serviços assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária. • Gerência de unidades de saúde. • Contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde.

Para refletir

Observe novamente o Quadro 1. Quais as diferenças mais marcantes que você observa nas funções e atribuições dos gestores da saúde nas três esferas de governo? E quais as semelhanças? Você acha que predominam competências diferentes ou semelhantes? Que condições você considera que seriam necessárias para que as três esferas de governo desempenhassem adequadamente suas atribuições? E como a sociedade poderia saber se os gestores do SUS estão exercendo suas responsabilidades de forma adequada?

Procure refletir sobre a realidade do seu estado ou município. Você sabe como essas funções e atribuições vêm sendo exercidas pelos gestores do SUS?

Ao final, anote as suas conclusões no seu Diário de Estudos e, se quiser, salve seu arquivo na biblioteca pessoal, no AVA do curso.

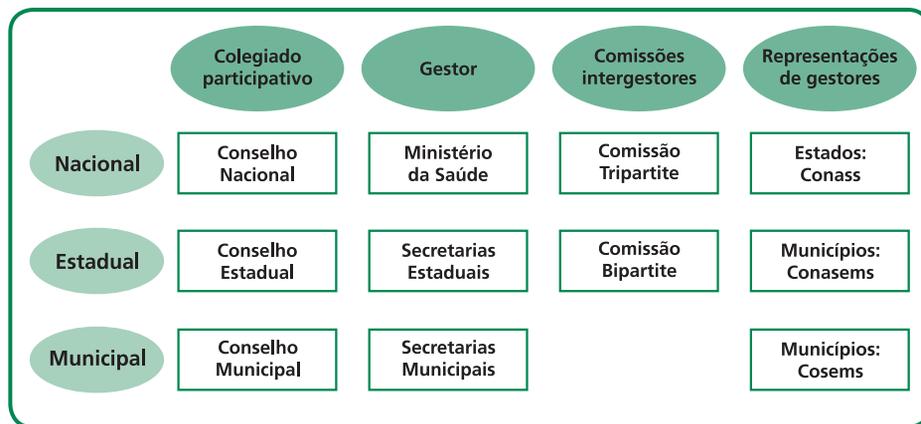
Modelo institucional e instâncias de decisão no SUS

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

Esse modelo pressupõe uma articulação estreita entre a atuação de:

- a) gestores do sistema em cada esfera de governo;
- b) instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação dos gestores das diferentes esferas, a Comissão Intergestores Tripartite (no âmbito nacional) e as Comissões Intergestores Bipartites (uma por estado);
- c) conselhos de representação dos secretários de saúde no âmbito nacional (Conass e Conasems) e no âmbito estadual (Cosems);
- d) conselhos de saúde de caráter participativo no âmbito nacional, estadual e municipal. A Figura 2 sistematiza o arcabouço institucional e decisório vigente no SUS.

Figura 2 – Estrutura institucional e decisória do SUS



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

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

Arretche (2003) sugere que a complexa estrutura institucional para a tomada de decisões no SUS, ainda não plenamente explorada pelos atores diretamente interessados em suas ações, pode contribuir para a

realização dos objetivos da política de saúde e propiciar respostas aos desafios inerentes à sua implementação.

As comissões intergestores na saúde

Em federações, a concretização de políticas sociais fundadas em princípios igualitários nacionais e de operacionalização descentralizada, como a política de saúde, requer a adoção de estratégias de “coordenação federativa”. Para Abrucio (2005), a coordenação federativa consiste nas formas de integração, compartilhamento e decisão presentes nas federações, que se expressam: nas regras legais que obrigam os atores a compartilhar decisões e tarefas; em instâncias federativas e mecanismos políticos de negociação intergovernamental; no funcionamento das instituições representativas; no papel coordenador e/ou indutor do governo federal.

Na área da saúde, face à necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro e as diretrizes do SUS, foram criadas as comissões intergestores. O objetivo dessas instâncias é propiciar o debate e a negociação entre os três níveis de governo no processo de formulação e implementação da política de saúde, devendo submeter-se ao poder fiscalizador e deliberativo dos conselhos de saúde participativos.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em funcionamento desde 1991 no âmbito nacional, tem atualmente 15 membros, sendo formada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, representantes dos secretários estaduais de saúde indicados pelo Conass e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo Conasems, segundo representação regional.

Ao longo da década de 1990, a CIT se consolidou como canal fundamental de debate sobre temas relevantes da política nacional de saúde, promovendo a participação de estados e municípios na formulação dessa política por meio dos seus conselhos de representação nacional e incentivando a interação permanente entre gestores do SUS das diversas esferas de governo e unidades da federação. A atuação da CIT se destaca particularmente nas negociações e decisões táticas relacionadas à implementação descentralizada de diretrizes nacionais do sistema e aos diversos mecanismos de distribuição de recursos financeiros federais do SUS.

A CIT foi de fundamental importância no processo de debate para a elaboração das normas operacionais que regulamentaram a descentralização no SUS. Vale também assinalar que é comum a formação de grupos técnicos compostos por representantes das três esferas, que atuam como instâncias técnicas de negociação e de processamento de questões para discussão posterior na CIT. Sua dinâmica tem favorecido a explicitação e o reconhecimento de demandas, conflitos e problemas comuns aos três níveis de governo na implementação das diretrizes nacionais, promovendo a formação de pactos intergovernamentais que propiciam o amadurecimento político dos gestores na gestão pública da saúde (LUCCHESI et al., 2003). No entanto, algumas pesquisas sugerem que diversas questões e decisões estratégicas para a política de saúde não passam pela CIT ou são ali abordadas de forma periférica e que as relações entre gestores nessa instância têm caráter assimétrico no que tange ao poder de direcionamento sobre a política (MIRANDA, 2003; MACHADO, 2007).

PARA PESQUISAR

Você já entrou na página da CIT na internet? Procure acessar o site do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br) e localizar o link da CIT. Busque um sumário executivo de uma das reuniões recentes e veja os temas discutidos. O que você tem a considerar em relação a esses temas? Levando em conta a sua experiência e a realidade local, você considera que os temas debatidos são relevantes para o SUS? Por quê?

Registre as suas considerações.

As **Comissões Intergestores Bipartites (CIBs)** foram formalmente criadas pela Norma Operacional Básica de 1993. Esta norma estabelece a CIB como “instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS” (BRASIL, 1993), ressaltando os aspectos relacionados ao processo de descentralização no âmbito estadual. Em cada estado há uma CIB, formada paritariamente por representantes estaduais indicados pelo secretário de estado de saúde e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) de cada estado.

VOCÊ SABIA?

Os critérios para definição dos representantes de municípios na CIB podem diferir bastante entre estados. Um levantamento do Ministério da Saúde realizado em 2000-2001 sugeriu que a maior parte dos Cosems utiliza uma combinação de critérios, incluindo: a distribuição regional dos municípios, o porte dos municípios e a liderança política dos gestores municipais. Além disso, em vários estados se procura promover uma alternância de representantes municipais na CIB periodicamente. Mas, em geral, o secretário de saúde da capital tem assento na CIB.

As CIBs, cujas reuniões em geral apresentam periodicidade mensal, discutem tanto questões relacionadas aos desdobramentos de políticas nacionais nos sistemas estaduais de saúde (a questão da distribuição de recursos federais do SUS é um tema frequente) quanto referentes a agendas e políticas definidas no âmbito de cada estado.

Assim como na CIT, o processo decisório nas CIBs deve se dar por consenso, visto que é vedada a utilização do mecanismo do voto, visando estimular o debate e a negociação entre as partes. A participação nas reuniões mensais geralmente é aberta a todos os secretários municipais e às equipes técnicas das secretarias, embora o poder de decisão se limite aos membros formais da comissão. Desta forma, muitas vezes as reuniões da CIB são momentos de intenso debate e interação entre as equipes municipais e destas com a estadual. As CIBs vêm se tornando, para os municípios, a garantia de informação e atualização dos instrumentos técnico-operativos da política de saúde, de implementação dos avanços na descentralização do sistema de saúde e de fiscalização das ações do estado na defesa de seus interesses, principalmente com relação à distribuição dos recursos transferidos pelo nível federal.

Na maioria dos estados, há câmaras técnicas bipartites que também se reúnem mensalmente, antes da reunião da CIB, visando debater e processar as questões com vistas a facilitar a decisão dos representantes políticos na CIB. Em outros estados, essas câmaras não existem de forma permanente, mas é comum a formação de grupos técnicos para a discussão de temas específicos.

As CIBs permitiram a adaptação das diretrizes nacionais do processo de descentralização na década de 1990 em nível estadual, propiciando a formação de acordos sobre a partilha da gestão dos sistemas e serviços de saúde entre os diferentes níveis de governo. Esses arranjos refletem não só a capacidade gestora, a qualificação gerencial das secretarias estaduais de saúde (SES) e das secretarias municipais de saúde (SMS) como também o grau de amadurecimento das discussões e as particularidades locais e regionais do relacionamento entre as diferentes instâncias de governo.

As CIBs, ao adequarem as normas nacionais às condições específicas de cada estado, flexibilizaram o processo de descentralização e possibilitaram ajustes às particularidades locais e regionais do relacionamento entre as instâncias de governo.

PARA PESQUISAR

Você sabe como funciona a CIB no seu estado? Sabe se o secretário de saúde de seu município participa das reuniões da CIB? Já ouviu falar algo sobre o funcionamento dessa instância?

Busque na internet um site da CIB (eventualmente o acesso se dá por meio da página eletrônica da Secretaria de Estado de Saúde). Veja se estão disponíveis o calendário, as pautas e as atas ou resumos das reuniões mensais. Que temas têm sido discutidos na CIB do seu estado? Os temas da pauta têm refletido os temas de interesse de seu município?

Por fim, registre os resultados de sua pesquisa para subsidiar o fórum que será aberto pelo seu tutor sobre as instâncias de participação e decisão no SUS.

Em alguns estados existem CIBs regionais, também de composição paritária, com o objetivo de permitir a discussão dos problemas de saúde e da organização da rede de serviços das diversas regiões dentro do estado, bem como de propor soluções mais apropriadas às distintas realidades territoriais. As CIBs regionais funcionam de forma bastante diversificada, mas em geral suas propostas ou decisões relevantes são referendadas pela CIB estadual.

Mais recentemente, no âmbito da regulamentação do Pacto pela Saúde em 2006, foi proposta a criação dos **Colegiados de Gestão Regional (CGR)**, que já teve início em vários estados. Tais Colegiados, a serem conformados de acordo com os processos de regionalização em cada estado, devem se constituir num espaço de decisão conjunta por meio da “identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de saúde, integrada e resolutive” (BRASIL, 2006, p. 21). A composição dos Colegiados Regionais também envolve representantes de estados e municípios. No entanto, diferentemente das CIBs regionais, os CGRs, a princípio, não são paritários entre os dois grupos, pois devem envolver representantes de todos os municípios que integram uma dada região ou microrregião, visando o planejamento integrado da rede de serviços regional.

Leia agora o texto “O Pacto pela Saúde”.

O PACTO PELA SAÚDE

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

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

I – o Pacto pela Vida, que propõe um conjunto de metas relativo a seis problemas ou áreas prioritárias para a saúde: (a) saúde do idoso; (b) controle do câncer do colo de útero e de mama; (c) redução da mortalidade infantil e materna; (d) fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase em dengue, hanseníase, tuberculose, malária e *influenza*; (e) promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável; (f) fortalecimento da atenção básica.

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

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

O Pacto pela Saúde veio substituir a lógica anterior, de regulamentação da descentralização das responsabilidades e dos recursos no SUS, que se baseava

em processos de habilitação de estados e municípios segundo critérios estabelecidos por normas operacionais federais. A lógica subjacente ao Pacto é de maior compartilhamento e definição de responsabilidades por meio do estabelecimento de Termos de Compromisso de Gestão entre as três esferas de governo.

Assim, o Pacto pela Saúde tem implicações importantes no que concerne às relações intergovernamentais na saúde, ao financiamento e à regionalização no SUS. A regionalização é bastante enfatizada na normativa do Pacto, que propôs a conformação dos Colegiados de Gestão Regional como uma estratégia importante para fortalecer a conformação e o planejamento integrado de redes de atenção regionalizadas. ■

Os conselhos participativos na saúde

Como vimos no início deste texto, uma das diretrizes organizativas do SUS anunciada na Constituição de 1988 é a **participação da comunidade**. Mas o que significa isso?

A incorporação dessa diretriz na Constituição deve ser entendida no contexto da redemocratização dos anos 1980, quando a importância dos movimentos sociais e da participação direta da sociedade nos processos políticos voltou a ser valorizada e defendida publicamente. Na saúde, isso se refletiu no chamado “movimento sanitário”, envolvendo milhares de intelectuais, trabalhadores de saúde e usuários, que criticaram o modelo de saúde vigente até então e defenderam a reforma do sistema de saúde com base nos princípios que foram incorporados à Constituição.

Assim, a ideia de participação da comunidade no SUS se relaciona a um processo mais abrangente de ampliação da participação direta da sociedade nos processos políticos no país. Para operacionalizar a participação social na saúde, a Lei Complementar da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.142, de 1990) propôs a conformação de conselhos de saúde nas três esferas de governo: União, estados e municípios. Tais conselhos devem ser compostos por quatro segmentos sociais: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Vale ressaltar que os usuários devem ter metade dos assentos em cada conselho de saúde; os demais devem ser divididos entre os representantes dos outros três grupos.

A Lei também definiu que os conselhos de saúde deveriam ter caráter deliberativo sobre a política de saúde, ou seja, o papel desses conselhos não seria apenas consultivo ou opinativo, mas envolveria o **poder de decisão** sobre os rumos da política. Isso representou, sem dúvida, uma mudança muito importante nas regras para a definição das políticas de saúde em relação à forma como elas eram conduzidas anteriormente. Conformados os conselhos, as decisões não seriam tomadas somente por governantes e técnicos da saúde, mas também com a participação de outros grupos envolvidos com a saúde, como os prestadores de serviços (por exemplo, representantes de hospitais), profissionais de saúde (representantes de associações de médicos e enfermeiros, entre outros) e usuários (pessoas escolhidas na comunidade, oriundas de associações de bairros, de organizações de portadores de doenças específicas, entre outros grupos sociais).

Para refletir

Como você analisa a possibilidade de participação direta da sociedade nas decisões relativas à política de saúde? Quais seriam as possibilidades e limites desse tipo de participação? Você já ouviu falar de conselhos desse tipo em outras áreas da política pública?

Anote suas reflexões.

Pode-se dizer que a atuação dos conselhos de saúde envolve dois grupos de responsabilidades principais. O primeiro, de caráter proativo, diz respeito à participação na **formulação de políticas de saúde**, por meio da discussão das necessidades de saúde de uma dada população, da definição de prioridades da política e do debate conjunto de estratégias de superação de problemas existentes no sistema de saúde, entre outras. O segundo grupo de responsabilidades se relaciona ao **controle social** sobre a condução da política de saúde, que envolve o acompanhamento e fiscalização das políticas e análise sobre sua coerência com as necessidades sociais de saúde e os princípios do SUS. Incluem-se nesse grupo, por exemplo, as atribuições de fiscalização da execução dos orçamentos públicos da saúde em cada esfera de governo.

É comum a ocorrência de conflitos relativos ao papel dos conselhos de saúde e o dos gestores do SUS em cada esfera de governo. O papel dos conselhos não deve se confundir com o dos gestores, que têm funções executivas sobre a política de planejamento, financiamento, regulação

e prestação de serviços. Por outro lado, é importante que os gestores do SUS valorizem a atuação dos conselhos e reconheçam que, segundo a lei, eles devem ter caráter deliberativo sobre a política. Ou seja, os conselhos devem participar ativamente do processo de formulação das políticas (como da definição de prioridades, da aprovação de planos de saúde), e do controle sobre a política (o sistema está sendo bem gerido? Os recursos públicos estão sendo gastos de forma apropriada? O acesso e a qualidade da prestação de serviços são adequados?), ainda que seu papel não seja de executar diretamente as políticas.

Nos âmbitos nacional e estadual, também ocorrem eventualmente confusões relativas ao papel dos conselhos e das comissões intergestores. Nesse sentido, vale ressaltar que as comissões intergestores não têm a atribuição legal de deliberação sobre as políticas. Ainda assim, representam um espaço muito importante de debate, decisão e coordenação intergovernamental nas situações em que a articulação intermunicipal ou entre estados e municípios é necessária, como na elaboração de planos integrados e na proposição de estratégias de integração da rede para além dos limites municipais e/ou estaduais.

VOCÊ SABIA?

As origens do Conselho Nacional de Saúde (CNS) remontam ao final da década de 1930 (SILVA; ABREU, 2002). Entretanto, até o início dos anos 1990 o caráter desse conselho era consultivo e sua composição, mais restrita. Com o processo de democratização e a reforma sanitária brasileira, ampliam-se as possibilidades de participação social na política de saúde, levando a um conjunto de mudanças legais e institucionais que favorecem uma transformação no papel e na atuação do CNS, bem como à conformação de conselhos participativos nas outras esferas de governo.

O funcionamento do CNS se dá por meio de: (a) plenárias, que são reuniões mensais com o conjunto dos conselheiros; (b) declarações, resultantes de decisões do conselho, classificadas como resoluções, deliberações, recomendações e moções (as resoluções têm que ser homologadas pelo ministro da saúde em um prazo de 30 dias); (c) comissões temáticas permanentes (por exemplo, na área de recursos humanos em saúde) e grupos de trabalho temporários, voltados para temas ou problemas específicos.

Todos os estados brasileiros possuem conselhos de saúde, embora estes possam apresentar variações em termos de dinâmica de funcionamento, relacionamento com o gestor e efetividade na participação da formulação e controle das políticas. A maioria dos municípios brasileiros também apresenta conselhos municipais de saúde, conforme exigido pela lei, mas sabe-se que parte desses conselhos atua com dificuldades de vários tipos. Nos grandes municípios, como as capitais, é comum a existência de conselhos voltados para regiões dentro da cidade, por vezes denominados “conselhos distritais”, que estão vinculados ao conselho municipal de saúde.

PARA PESQUISAR

Você sabe como funciona o conselho de saúde do seu estado ou o do seu município? Sabe qual a sua composição? Que temas são debatidos no conselho?

Pesquise sobre essas questões e depois registre suas impressões.

Além dos conselhos, de caráter permanente, vale ressaltar que a Lei 8.142/90 também determina a realização periódica de conferências de saúde participativas em cada esfera de governo, com o propósito de traçar diretrizes estratégicas para a política de saúde nos anos subsequentes. As conferências nacionais de saúde são realizadas a cada quatro anos; preconiza-se que as conferências estaduais e municipais sejam realizadas respectivamente a cada dois anos ou de ano em ano.

Considerações finais

A análise da política de saúde brasileira a partir de 1988 sugere que houve importantes mudanças no papel dos gestores da saúde nas três esferas de governo, em grande parte relacionadas ao processo de descentralização político-administrativa. Tal processo foi influenciado pela agenda de implantação do SUS, mas também sofreu dificuldades relacionadas à presença no contexto brasileiro, nos anos 1990, de outra agenda de reforma do Estado, de inspiração neoliberal.

Na saúde, adotou-se uma série de inovações no sentido de construção de um arcabouço decisório e institucional que considerasse as especificidades do arranjo federativo brasileiro e a diretriz de participação social.

As comissões intergestores tripartite (no âmbito nacional) e bipartites (no âmbito dos estados) representam estratégias importantes de coordenação federativa na saúde que podem contribuir para a maior articulação entre os gestores do SUS e melhor integração dos serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade situados em diferentes municípios e subordinados administrativamente às distintas esferas (federal, estadual e municipal).

Os conselhos de saúde nacional, estaduais e municipais constituem instâncias de deliberação sobre a política de saúde de caráter permanente cuja composição envolve representantes do governo, de prestadores, de profissionais de saúde e de usuários (que ocupam metade dos assentos). A atuação dos conselhos é importante tanto na formulação como no controle sobre as políticas em cada esfera de governo, embora se saiba que existem diferenças substantivas de funcionamento entre os milhares de conselhos existentes no país. Periodicamente, devem ser realizadas conferências de saúde com ampla participação social no âmbito nacional, estadual e municipal, com o objetivo de traçar os rumos da política de saúde em cada esfera governamental.

O funcionamento adequado das instâncias de negociação e decisão no SUS pode representar um avanço do ponto de vista da institucionalidade democrática, sendo de fundamental importância para propiciar a formulação e implementação de políticas mais adequadas às necessidades de saúde da população.



Para enriquecer o estudo desse módulo, sugerimos visitar esses sites:

- Centro de Estudos Brasileiros da Saúde (Cebes): <http://www.cebes.org.br/>
- Comissão Intergestores Tripartite: <http://dtr2001.saude.gov.br/dad/tripartite/atributos.htm>
- Conasems: www.conasems.org.br
- Conass: www.conass.org.br
- Conselho Nacional de Saúde: <http://conselho.saude.gov.br/>
- Ministério da Saúde: www.saude.gov.br
- Observatório de Conjuntura da Política de Saúde da Ensp/Fiocruz: <http://www.ensp.fiocruz.br/conjuntura/>
- Projeto Descentralização Online: <http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/>

ATIVIDADE FINAL DO MÓDULO 3

Em relação à efetivação da política de regionalização da saúde, prevista no Pacto pela Saúde, faça uma análise, com base nas atas das CIBs, dos CGRs e nas informações colhidas juntos aos membros dos colegiados e a outras fontes, de como está se dando:

- a conformação dos colegiados de gestão regional em sua região;
- o funcionamento dos colegiados da sua região;
- a participação dos secretários de saúde dos municípios da região nos referidos colegiados.

Envie a atividade para o seu tutor por meio da ferramenta Envio de Atividades, que se encontra no ambiente virtual de aprendizagem.

Referências

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, 24, p. 41-67, jun. 2005.

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*: BIB, n. 51, p. 13-34, 2001.

ARRETCHE, M. T. S. Financiamento federal e gestão de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia (debate). *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2005.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 2 fev. 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde*: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília, 1993.

_____. Secretaria Executiva. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida*, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Secretaria da Atenção à Saúde. *Relações entre níveis de governo na gestão do SUS*. São Paulo, 2002. Slide 9. Trabalho apresentado no Seminário Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/ddga/RelacoesNiveisGov_arquivos/frame.htm>. Acesso em: out. 2003.

IBGE. *Mapas*. [S.l.], 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/mapas_ibge/>. Acesso em: jun. 2009.

_____. *Distribuição do número de municípios por faixa populacional*. [S.l.], 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: jun. 2009.

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

LUCCHESI, P. T. R. et al. *A gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde*: o diálogo na Comissão Intergestores Tripartite: Projeto Descentralização On-Line 2000-2002. Rio de Janeiro: Escola de Governo; Ensp, 2003.

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

MIRANDA, A. S. *Análise estratégica dos arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde*. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

SILVA, F. A. B.; ABREU, L. E. L. *Saúde: capacidade de luta: a experiência do Conselho Nacional de Saúde*. Brasília: IPEA, 2002. (Texto para Discussão, n. 933).

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdade e de descentralização. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 431-441, 2002.

VIANA, A. L. D'A. *Modelos de intervenção do estado na área da saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/Instituto de Medicina Social, 1995. 62 p. (Estudos de Saúde Coletiva, n. 118).

A faint, light-colored map of Brazil is centered on the page, serving as a background for the text. The map shows the country's borders and major geographical features.

II | Gestão da atenção à saúde

O caso de Ana

*Tatiana Vargas de Faria Baptista, Cristiani Vieira Machado e
Luciana Dias de Lima*



Iniciaremos a Unidade de Aprendizagem II com base em um caso ilustrativo, visando aprofundar diferentes situações e desafios que se apresentam no processo de organização de uma rede de serviços de saúde.

Esse caso é um convite à reflexão sobre as implicações de uma política de organização do sistema de saúde para a produção do cuidado em saúde, afetando a vida e o destino das pessoas e, também, o próprio projeto político do SUS.

As diferentes situações e desafios que se apresentam no processo de organização de uma rede de serviços de saúde serão trabalhados ao longo dos três módulos que compõem essa unidade de aprendizagem.

Vamos, então, conhecer o caso de Ana, uma mulher de 53 anos que se descobre com câncer de mama, acompanhando seu percurso no sistema de saúde, assim como os limites dos serviços e do gestor local para atender as demandas da população.

Ao longo das cenas, você encontrará a indicação de estudos nos módulos desta unidade de aprendizagem, com vistas a alimentar e fomentar o debate sobre aspectos dos temas enfocados. Esses módulos foram criados e pensados para estabelecer um diálogo contínuo com o caso. Caso e módulos estão interligados. Você pode – e deve – ir e voltar de um a outro (inclusive aos das outras unidades de aprendizagem). Crie seu próprio ritmo, sua música – invente sua própria caminhada!

Durante as cenas do caso e o estudo dos módulos, estão propostas questões para refletir, que você poderá discutir, na medida de sua necessidade, com seu tutor e com outros parceiros desse processo.

A organização de um sistema de saúde é um grande desafio. Num país desigual e diverso como o Brasil, somam-se dificuldades. Para enfrentá-las é preciso ter claro o projeto político e não perder de vista aonde se quer chegar; mas é preciso também saber como se quer chegar.

Não aceitem o que é de hábito como coisa natural,
pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada, de arbitrariedade consciente,
de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural,
nada deve parecer impossível de mudar.

Bertold Brecht

Reflexões iniciais

Antes de iniciar o estudo do caso de Ana, convidamos você a fazer um exercício de reflexão. Procure lembrar-se de suas experiências como gestor ou profissional da secretaria de saúde ou de um serviço de saúde do seu município.

Escolha uma experiência, a que mais fez você refletir sobre a organização do sistema de saúde na sua região. Pode ser uma situação de dificuldade para a realização de uma cirurgia de emergência ou a necessidade de um leito para recém-nascido; talvez uma barreira de acesso em alguma unidade, a dificuldade na interação com outros municípios. Tente lembrar com detalhes dessa experiência, o que ocorreu, como ocorreu, o que você viu, ouviu e aprendeu com tudo isso, e o que sentiu ao final de toda a história. Busque lembrar suas expectativas, como imaginava que poderia transcorrer a solução da situação. Lembre-se dos profissionais, de como resolveram as questões, de como o gestor se posicionou frente ao caso.

Para refletir

Que aspectos devem ser considerados na organização de um sistema de saúde? Identifique em sua região/localidade quais são os principais desafios que se apresentam para a organização do sistema de saúde.

Anote suas reflexões no Diário de Estudos.

Conhecendo melhor o caso de Ana

Ana é uma mulher de 53 anos que certo dia acordou apresentando dor e secreção em um mamilo. No autoexame percebeu um pequeno volume na mama. Sempre muito atenta com sua saúde, Ana buscou o mais rápido possível entender o que ocasionava aquela situação e resolver seu problema de saúde. Por quase dois anos, Ana percorreu diferentes serviços, dentro e fora de seu município, a fim de realizar exames e adotar a terapêutica indicada pelos profissionais que a atenderam. Após esse período, Ana estava sem uma mama e sentindo-se extremamente insegura. Não sabia mais o que esperar de seu futuro e se deveria contar exclusivamente com os serviços públicos de saúde disponíveis em sua região. Chegou a pensar em pagar um plano de saúde particular, mas se deu conta de que muitos conhecidos seus também se sentiam insatisfeitos com seus planos de saúde e que o dinheiro gasto com o plano lhe faria muita falta. Desde então, Ana não dorme mais tranquila e reza para que Deus a proteja.

Conheça melhor o que fez Ana se sentir assim e que lições poderíamos tirar deste caso para a organização do sistema de saúde em um município e região.

Cena 1 – Ana tem o sinal de alerta

Ana mora num município de 50 mil habitantes. Nesse município existem 10 Equipes de Saúde da Família (ESF), cobrindo 80% da população, e um hospital municipal, com um pronto-socorro, ambulatórios e 50 leitos de clínica médica e pediatria. Existem também no município dois laboratórios de apoio diagnóstico conveniados. O município depende de outros municípios e do estado para a realização de consultas e exames mais especializados.

O bairro onde Ana reside conta com Equipe da Saúde da Família, que funciona de 7h às 17h, de segunda a sexta, mas não funciona nos finais de semana. Ana faz parte de uma das famílias acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família.

A história de Ana começa num sábado. Ana acorda com uma sensação de incômodo em uma das mamas e percebe uma secreção no mamilo. No autoexame percebe que há um volume diferente e até então

inexistente em sua mama. Temerosa por já ter tido um caso de câncer de mama na família, Ana logo procura atendimento médico e recorre ao pronto-socorro municipal, já que a unidade de Saúde da Família de seu bairro não abre nos finais de semana.

Para refletir

Se as unidades de Saúde da Família foram pensadas como porta de entrada para o sistema, que análises poderiam ser feitas em relação aos dias e horários de funcionamento dessas unidades?

Registre as conclusões de suas reflexões.

No pronto-socorro Ana espera por algumas horas e é atendida pelo plantonista.

– No que posso ajudar? – perguntou o médico.

– Hoje acordei com um desconforto grande na mama, doutor. E tem também uma secreção estranha... Também senti alguma coisa mais alta na mama... – respondeu Ana.

– Quando foi a última vez que a sra. foi ao ginecologista? – questionou o médico.

– Sou acompanhada pelo médico da unidade de Saúde da Família do meu bairro. Fiz o preventivo tem mais ou menos um ano – Ana.

– A sra. já fez alguma vez o exame de mamografia? – perguntou o médico.

– Não, senhor – respondeu Ana.

– Pois bem, vamos ver isso. Retire a blusa para que eu possa avaliar melhor – solicitou o médico.

Ana seguiu as instruções. O médico a examinou e concluiu:

– A sra. não precisa se preocupar, não se trata de uma emergência. Seu médico poderá avaliar melhor o seu caso. Por ora, vou lhe receitar um analgésico. Esta semana procure o médico da sua unidade e relate o ocorrido – finaliza o médico.

Para refletir

Por que o médico do pronto-socorro não fez um encaminhamento de Ana para um especialista nem solicitou um exame mais específico da mama, como a mamografia? O que poderia orientar melhor a prática médica e assistencial em geral num caso como esse? Qual a importância dos instrumentos – diretrizes gerenciais e clínicas – para a organização da rede de serviços de saúde?

Faça o registro de suas reflexões.

No Módulo 6 desta unidade de aprendizagem, chamado “Gestão do cuidado”, você terá oportunidade de saber um pouco mais sobre a importância desses instrumentos para a organização de uma rede de serviços de saúde.

Ana sai desolada do pronto-socorro; não queria adiar uma solução para o seu caso. E o desconforto na mama persistia. Restava-lhe tomar o analgésico.

Na manhã de segunda-feira, Ana acorda cedo e rumo para o Centro de Saúde. Havia uma pequena fila em frente à unidade. A enfermeira recebe Ana e ela explica o ocorrido. Ana consegue ser logo atendida e o médico da Saúde da Família a examina.

– É, dona Ana, parece que temos uma infecção aqui e também percebi um pequeno volume na mama direita – resume o médico.

– É grave, doutor? – questiona Ana.

– Não posso ainda afirmar. É preciso ter a opinião de um especialista. Vou pedir que a sra. vá a um ginecologista para que possamos ter uma segunda opinião. Além disso, só o especialista poderá solicitar um exame mais específico, como a mamografia. Mantenha a medicação prescrita pelo médico do pronto-socorro caso venha a sentir dor.

Para refletir

O médico da Saúde da Família gostaria de ter pedido uma mamografia, mas em seu município há uma regra que determina que apenas o especialista está autorizado a pedir tal exame. Por isso ele solicita uma consulta com o especialista. Como você avalia a resolutividade da atenção básica em relação a essa questão, uma vez que esse nível de atenção é definido como uma estratégia para reestruturação do sistema de saúde?

Ao final, registre suas conclusões no Diário de Estudos.

O Módulo 4, “Organização da atenção”, desta unidade de aprendizagem, discute o papel da atenção básica e ajuda você a localizar os problemas pertinentes à organização do sistema.

O médico entrega a Ana um papel de solicitação de atendimento especializado, sem qualquer especificação do serviço de referência. Ana sai da unidade triste e pensativa:

– Um pequeno volume na mama... Será um caroço? Será que estou com um câncer, assim como minha avó? – angustia-se Ana. E esse pedido do médico? Onde tem ginecologista aqui no município? Será que no pronto-socorro tem?

Ana sai da unidade sem discutir suas dúvidas. A enfermeira que a atendeu a vê saindo, mas como está envolvida com outros atendimentos não consegue saber se Ana precisa de mais alguma coisa. Todos os profissionais da unidade estão envolvidos com algum atendimento.

Para refletir

Ana sai da unidade de Saúde da Família sem um caminho certo; terá que, por sua própria conta, buscar informações sobre onde estão os médicos ginecologistas que atendem pelo SUS no município.

Quais os problemas nessa forma de orientar o encaminhamento dos pacientes? Que outras formas de encaminhar poderiam ser adotadas pelas unidades? O que poderia ser feito pelo gestor local para melhor organizar os fluxos de encaminhamento do paciente desde as próprias unidades assistenciais?

Anote suas reflexões.

Cena 2 – Ana é apenas mais uma brasileira com câncer de mama

Ana chega a casa no final da manhã de segunda-feira e se dá conta que havia esquecido os seus afazeres domésticos – o almoço dos filhos, a hora do colégio etc. Esquece, por algum tempo, de sua situação e realiza as tarefas.

Assim que seus filhos saem, Ana resolve procurar uma vizinha, uma amiga de infância. Ana precisava contar para alguém o que se passava e precisava também se informar onde haveria médicos ginecologistas no município. A amiga de Ana trabalha na prefeitura e informa que, no hospital municipal, além do pronto-socorro há também alguns ambulatórios com especialidades, dentre eles a ginecologia. Ana se despede de sua amiga e vai imediatamente para o hospital municipal.

Eram 15h quando Ana chega ao hospital. Na recepção, Ana busca informações sobre a marcação de consultas.

– Boa tarde. Preciso de uma informação. Estou com a solicitação do meu médico para um atendimento com o ginecologista. Onde posso agendar a consulta? – pergunta Ana.

A atendente responde secamente:

– O horário para agendamento de consultas é até às 14h, mas já te adianto que há uma fila de espera de mais de dois meses para o ginecologista.

Ana insiste:

– Mas estou com muita dor e preciso fazer essa consulta com urgência.

A atendente não se sensibiliza:

– Todas dizem a mesma coisa. Se for de fato uma urgência vá ao pronto-socorro. Agora, se quiser marcar uma consulta, volte amanhã até às 14h – a atendente encerra a conversa.

Ana não entende por que tanta má vontade; não entende também por que a definição de um horário tão rígido e restrito para marcar as consultas; não entende por que tem uma fila de dois meses para o ginecologista. E se questiona: será que há muita mulher precisando de consulta de ginecologista ou será que há pouco médico no município? Não é possível que ninguém nunca tenha reparado que isso é um problema! Ana fica irritada com toda a situação, mas também se sente impotente. Volta para casa e de novo se vê envolvida com seus afazeres; a dor persiste e o analgésico parece não fazer mais efeito. Ana se programa para voltar à unidade da ESF no dia seguinte.

Para refletir

Ana consegue identificar, com base em sua dificuldade de acesso a uma consulta de ginecologia, que há talvez uma carência de médicos especializados no município. O que dessa situação pode servir de aprendizado para o gestor local?

Na terça-feira, Ana procura novamente o médico da Saúde da Família e relata o ocorrido. Preocupado com a dificuldade de Ana para marcar a consulta com o especialista e com seu estado clínico, que parecia

agravar-se com o aumento do volume da secreção, o médico prescreve um antibiótico e resolve solicitar uma mamografia com urgência, mesmo sabendo que a regra do município permitia apenas a solicitação desse exame por um especialista. O médico sabe também que esse não é um exame disponível no município e orienta Ana a buscar o município vizinho, localizando a unidade que realiza o exame.

Ana segue para a cidade vizinha e vai para a unidade. Ao tentar realizar o exame descobre que também nesse município só realizam mamografia se solicitada por um ginecologista e não consegue marcar o exame.

Ana mais uma vez volta para casa sem solução para o seu problema. A angústia só aumenta a cada dia. Ela resolve ir até a capital para tentar realizar o exame. A capital fica a 200 km de sua residência e exigirá que Ana fique distante de casa por alguns dias. Ana tem conhecidos na cidade e poderá contar com a ajuda deles. Em sua casa a comoção é total. O marido de Ana fica atordoado, não sabe bem como ajudar. Os filhos de Ana percebem a angústia da mãe e também se angustiam. Ana pede ajuda a uma irmã para os dias em que ficará fora.

Dois dias depois, tendo resolvido como fazer para se afastar de casa, Ana vai para a capital.

Na capital, Ana se depara com uma série de problemas. Apesar da oferta de serviços de saúde ser bem maior que em sua região, os problemas também são complexos: aparelhos quebrados, falta de profissional para manusear o equipamento, falta de médico para dar o laudo, filas para a realização de exame etc. Foram várias negativas, algumas com a mesma justificativa do município vizinho, condicionando o exame ao pedido de um especialista. Após várias tentativas e tendo passado quatro dias, Ana consegue finalmente marcar o exame para dois meses. Sua amiga da capital havia conseguido uma ajuda com um conhecido que trabalhava num hospital do município. Ana volta para casa. Já não estava mais com dor, pois o antibiótico tinha surtido efeito.

Para refletir

O que é possível identificar de problemas na organização do sistema de saúde no percurso de Ana? Como se organiza a relação entre os municípios? É possível perceber alguma configuração de organização regional do sistema de saúde? Há formas estabelecidas de encaminhamento dos pacientes para outros municípios? Há mecanismos de acompanhamento do paciente de modo a verificar suas dificuldades para a realização de exames ou consultas? Quem se responsabiliza pelo paciente, nesse caso?

Faça suas anotações no Diário de Estudos.

ATIVIDADE 1

O que é regionalização? Qual a importância do território na organização dos serviços de saúde? Reflita sobre qual tem sido a forma de organização do sistema de saúde em seu município.

Registre suas reflexões no Diário de Estudos e dialogue com seu tutor.

O Módulo 5 desta unidade de aprendizagem trata da configuração da rede de atenção à saúde, no âmbito do SUS.

Ana volta à capital depois de dois meses e realiza finalmente a mamografia. Mais quinze dias e o laudo estaria disponível, informa a auxiliar de enfermagem. Ana imaginava que teria o resultado no mesmo dia. Retorna para casa e pensa como será se tiver que fazer um tratamento na capital, se terá dinheiro para tantas passagens, para a comida, e os dias que ficará sem trabalhar porque estará em tratamento. Ana é uma trabalhadora autônoma, vende bijuterias, roupas e outras coisas. Sua vida já não andava fácil; se ficasse doente então...

Ana pega o exame. Curiosa lê o laudo, mas não consegue saber se o que tem é ou não ruim. Ana leva o resultado ao médico do Saúde da Família.

– Doutor, só agora estou com o resultado da mamografia que o sr. me solicitou há três meses. Enfrentei tantos problemas... Só consegui fazer o exame na capital – explicou Ana.

– A sra. foi à unidade que lhe falei? – questionou o médico.

– Sim, mas eles não aceitaram o seu pedido, disseram que só de especialista. Na capital também não queriam aceitar, mas aí um conhecido

da minha amiga que trabalha no hospital conseguiu para mim. Assim mesmo só depois de muito lamento.

– É, esse é um problema difícil de resolver..., mas vamos ao exame. Pelo que está aqui, a sra. tem uma imagem que sugere uma neoplasia, um câncer. Precisamos fazer rápido uma biópsia. Não podemos perder mais tempo – resume o médico.

– Ai, doutor, outro exame? – angustia-se Ana.

– Dona Ana, não vou lhe enganar, é preciso fazer o exame o mais rápido possível. Se for um câncer maligno podemos ter menos prejuízos, dependendo da nossa agilidade. Se demormos muito poderá lhe causar mais problemas. Assim, como já foi muito difícil realizar o primeiro exame vou fazer algo diferente desta vez. Vou recorrer direto à Secretaria Municipal de Saúde para ver se eles conseguem agilizar a marcação da biópsia. Vamos tentar – disse o médico.

– Ai, meu Deus, isso é muito bom – diz Ana aliviada.

O médico sai do consultório e conversa com a enfermeira. Depois de alguns telefonemas ele retorna e explica:

– Dona Ana, na Secretaria Municipal de Saúde, no gabinete do Secretário, tem uma sra. que se chama Socorro. Ela é a responsável da Secretaria por tentar marcar exames complexos em outros municípios. A sra. irá até lá e levará o meu pedido para ela. Já explicamos toda a situação, basta a sra. entregar o pedido que ela explicará o que deve ser feito.

Ana segue rápido para a Secretaria de Saúde, nem acredita que não terá que passar por tudo de novo para fazer um exame. Mas pensa: puxa vida, por que o médico não fez isso antes? Será que isso é só para quem está numa situação muito grave? E como ficam todas aquelas pessoas que não têm essa oportunidade de ir direto à Secretaria, pessoas como eu meses atrás? Mas Ana para de se questionar. Era preciso resolver seu problema e ela não podia resolver o problema de todos.

Chegando à Secretaria, Ana procura dona Socorro e lhe entrega o pedido do médico. Socorro olha o pedido e comenta:

– Mais uma biópsia de mama, quantas será que vamos solicitar esse mês? Já está difícil agendar. Filhinha, espera ali que quando eu tiver uma resposta eu te chamo.

Ana senta-se numa sala cheia de outras pessoas, algumas ali na mesma situação de Ana, outras mais complicadas. Parecia até que Ana estava num pronto-atendimento. Todo mundo tinha um caso para contar. Mais ou menos depois de uma hora e meia, Socorro chama Ana e lhe informa: “consegui agendar seu exame para daqui a dois meses lá na capital, foi o melhor que pude fazer. As unidades estão lotadas”.

Ana sai mais uma vez desolada. O que fazer? Se aquela sra. não havia conseguido marcar o exame para antes de dois meses, ela sozinha não teria a menor chance. Ana pensa em fazer o exame particular, mas descarta rapidamente a ideia, as dívidas que acumulava não permitiam que ela pensasse nessa possibilidade.

Após dois meses Ana realiza a biópsia e o resultado indica uma neoplasia maligna. Dessa vez ela lê o laudo e consegue perceber a gravidade. Leva rapidamente o laudo para o médico do Saúde da Família que decide encaminhá-la a um mastologista:

– Dona Ana, o que eu podia fazer pela sra. eu já fiz, agora é preciso um tratamento com um especialista. O melhor tratamento está na capital, mas é melhor a sra. voltar à Secretaria de Saúde e procurar aquela mesma senhora da outra vez. Certamente será mais fácil. Já são seis meses desde a sua primeira consulta aqui no PSF, é preciso agilizar, lembre-se do que eu lhe disse da última vez.

Para refletir

Analise a atitude do médico ao decidir recorrer à Secretaria Municipal de Saúde para agilizar a realização do exame de Ana. Por que o médico tomou essa atitude? O que esta situação explicita em relação à organização do sistema de saúde de seu município? Existem alternativas possíveis a esse tipo de organização?

Quais as consequências que se pode prever pela demora na realização de exames e na obtenção de diagnóstico? Como isso se relaciona com a organização do sistema de saúde?

Registre suas conclusões.

Cena 3 – Tratar é cuidar?

Ana recorre novamente à Secretaria Municipal de Saúde para agendar a consulta do mastologista. Como no município não há essa especialidade,

Socorro marca o atendimento no hospital estadual da capital, que é credenciado como Cacon (Centro de Complexidade em Oncologia). A consulta é agendada para um mês e novamente Ana escuta os comentários de Socorro sobre a situação de saúde no município:

– Olha, a cada dia é mais difícil agendar consultas especializadas e exames; só consegui sua consulta para daqui a um mês. Nem pense em faltar, porque senão fica ainda mais difícil. Não esqueça também de levar todos os exames que já realizou – diz Socorro.

Ana agradece o agendamento e sai da Secretaria. Mais uma vez sente aquele sentimento desconfortável de como se estivesse sendo mais beneficiada do que outros. “Essa dona Socorro é poderosa”, pensa ela.

Para refletir

Como seria se existisse um setor de marcação de consultas e exame nesse município? O fato de existir uma pessoa que centraliza essa informação no município, que implicações acarreta para o sistema?

No mês seguinte, Ana estava lá no horário e dia agendado para a consulta. Ela e outras dezenas de mulheres, vindas de vários cantos do estado. Parecia, de fato, que aquele era o único lugar de tratamento do câncer de mama no estado.

Ana é recebida pelo mastologista que a examina e analisa os laudos de seus exames realizados. O médico é taxativo:

– Dona Ana, a sra. já está ciente de que tem um nódulo maligno e que precisa retirá-lo. No momento, este nódulo tem aproximadamente 2cm e não há aparência de comprometimento clínico da sua cadeia linfática axilar, o que significa que existe a possibilidade de não precisarmos retirar a mama toda. A sra. poderá voltar às suas atividades normais. Para dar continuidade ao tratamento, temos que realizar uma bateria de exames para saber exatamente qual é a situação atual da sua doença. Só assim poderemos saber o que fazer e tomar nossas decisões – explica o médico.

Ana pergunta apreensiva:

– Mas onde eu farei esses exames?

– Aqui mesmo. Vou lhe indicar o setor de marcação de exames para que a sra. possa agendar – responde o médico.

Ana respira aliviada.

No setor de marcação de exames, Ana descobre que terá que fazer várias idas à unidade para realizar os exames, pois nem todos podem ser realizados no mesmo dia. Além disso, um dos exames teria que aguardar o conserto de um aparelho quebrado. Com isso, Ana levou quase três meses para fazer todos os exames solicitados e obter os laudos. Além dos exames, Ana tinha que participar de reuniões com outros pacientes em tratamento, com o objetivo de discutir e compreender melhor a doença e compartilhar suas angústias e expectativas.

As idas e vindas de Ana à capital oneravam seu orçamento e apenas faziam-na sentir-se mais e mais cansada. Um monte de questões sempre passava por sua cabeça: por que esses aparelhos estão sempre quebrados? Uma unidade não pode emprestar para a outra ou usar o equipamento da outra? Será que alguns exames mais simples não poderiam ser feitos no meu município? Ninguém pensa que tudo isso pode prejudicar ainda mais a vida das pessoas? Por que tantas reuniões de esclarecimento? E quem não tem dinheiro para pagar todas essas passagens, como fica? Vai ver que é por isso que muita gente falta e aí a dona Socorro ainda fica brava com a falta. Vai entender...

Para refletir

O que implica o fato de o tratamento em oncologia só existir na capital, que fica a 200 km do município de Ana? O que isso diz sobre a organização desse sistema de saúde em específico? Que estratégias poderiam ser traçadas para garantir o acesso mais fácil da população a esse tipo de serviço? Como resolver a questão financeira do deslocamento desses pacientes?

No que diz respeito à organização do cuidado articulado à organização do sistema, que elementos desta cena podem ser repensados de modo a melhor atender às expectativas e necessidades de Ana?

Anote suas conclusões sobre essas questões.

Na consulta com o mastologista para a avaliação dos resultados dos exames, Ana recebe a notícia de que fará uma cirurgia de retirada parcial da mama, mas que durante o procedimento cirúrgico será feita

uma avaliação pelo médico patologista. Dependendo do resultado, a conduta poderá ser de retirada de toda a mama (mastectomia). Ana assina um termo de consentimento informado e tem sua cirurgia marcada para dali a três semanas.

A cirurgia foi um sucesso, mas Ana teve que retirar toda a mama e ainda esvaziar o conteúdo ganglionar de sua axila, pois havia indícios de comprometimento metastático. Após três semanas, Ana recebe alta hospitalar e é encaminhada para o serviço de oncologia clínica do hospital para iniciar o tratamento de quimioterapia. O hospital agenda a consulta com o oncologista para quatro semanas, e Ana se desespera, achando que é muito tempo de intervalo. Com medo, recorre a um dos mastologistas do ambulatório do hospital (aquele que lhe pareceu mais atencioso com ela).

– Doutor, desculpe-me incomodá-lo, sei que o sr. já está de saída, mas estou muito angustiada. Só consegui agendar a consulta com o oncologista para daqui a quatro semanas. Tenho filhos ainda para criar, doutor. Já estou há muito tempo tentando resolver meu problema, estou com muito medo... – intercede Ana.

– Calma, dona Ana, vou ver o que posso fazer – fala o mastologista. O médico pega o celular e liga para seu colega oncologista. Explica o caso e desliga o telefone. Dona Ana, na terça-feira que vem o dr. Carlos irá atendê-la. A sra. deve chegar cedo, ele fará um encaixe para a sua consulta.

– Obrigada, doutor. Nem sei como agradecer.

Após essa consulta, popularmente chamada de “gato”, ela consegue iniciar as sessões de quimioterapia. Ana então passa a entender que dentro do hospital não existe um fluxo correto entre os diversos serviços envolvidos no tratamento de uma patologia como a sua, e que as relações informais, associadas à simpatia, são elementos importantíssimos para a obtenção de resultados.

Ana passou os quatro meses seguintes em tratamento com quimioterapia; depois foi encaminhada para o setor de radioterapia.

Na radioterapia, enfrentou outras dificuldades: as já conhecidas, como as filas e a disponibilidade de aparelhos, e outras de natureza clínica e econômica. As aplicações diárias causavam queimaduras e obrigavam Ana a suspender as aplicações. A falta de dinheiro e a ausência de

apoio do município dificultavam seu deslocamento. Ana conclui, após um ano, a pior parte de seu tratamento, mas, como seu tumor tinha receptores hormonais positivos, pelos próximos cinco anos ela deveria tomar a medicação, fornecida pelo hospital. Nos cinco anos seguintes Ana terá que ir à capital buscar o seu remédio, rezando para que ele não esteja em falta na farmácia.

Para refletir

Quais foram as consequências concretas de uma organização pouco efetiva na atenção no caso de Ana? Que momentos dessa cena são importantes para repensar a organização do sistema de atenção?

Acrescente mais essas reflexões no seu Diário de Estudos.

Ana levou um grande choque após a cirurgia, ao descobrir que estava sem a mama e que teria ainda que se submeter por um tempo ao tratamento de quimioterapia e radioterapia. Todo o tratamento deprimia-a ainda mais. De volta para casa, não encontrava consolo. Sentia-se envergonhada, inútil, não sabia mais como se posicionar frente aos filhos e marido. Enquanto esteve no hospital, o ritmo acelerado dos profissionais parecia não dar espaço para uma conversa sobre esses sentimentos. O único espaço possível eram as reuniões abertas com os pacientes. Ana resumia-se a comer e dormir, mais dormir do que comer. As visitas de amigos que recebia mais a angustiavam do que a acalentavam. A família não sabia mais o que fazer para animá-la.

Concluído o tratamento, Ana é orientada a fazer o acompanhamento clínico (seguimento) por meio de consultas semestrais e mamografias anuais.

De volta à unidade de Saúde da Família, o médico a orienta de que o melhor acompanhamento de seu caso é o hospital da capital que realizou o tratamento, apesar de o município vizinho possuir ginecologista e mamografia disponíveis. Ana não suportava mais pensar em voltar à capital, mas entendia que ali talvez fosse o melhor lugar para o acompanhamento.

Ana já não é mais a mesma. Não sente mais as dores físicas da doença, mas é uma mulher marcada por um grande sofrimento, se sente insegura e deprimida com sua condição de saúde, o que repercute na sua vida conjugal e familiar. Todo seu percurso pelo sistema de saúde do

município e da capital havia deixado nela uma marca de tristeza; ela presenciou problemas mais graves que o seu, e se sentiu insegura em muitos momentos. Sua cirurgia havia sido um sucesso, diziam os médicos, mas ela se questionava: que sucesso é esse que me retirou a mama? Se eu tivesse conseguido fazer logo os exames teria sido esse o meu destino? Ana pensava em suas opções. Conhecia pessoas que haviam cansado do sistema público e que compravam planos de saúde particular, mas Ana não achava isso justo, conhecia seus direitos e sabia que os planos não davam conta desses problemas mais complexos. O que Ana queria mesmo era que o sistema público de saúde funcionasse, mas nesse momento, depois de toda a experiência vivida, só lhe restava rezar.

Para refletir

Que lições podemos tirar do caso de Ana para pensar a organização do sistema de saúde atrelada à organização do cuidado e às práticas em saúde? O tratamento clínico propriamente dito foi suficiente para resolver o problema de Ana? Que outros tipos de acompanhamento seriam necessários nesse caso e deveriam ser previstos na organização desse sistema?

Faça o registro de suas principais conclusões.

Cena 4 – O caso de Ana chega ao Conselho de Saúde

O presidente da Associação de Moradores do bairro, sr. Ivan, vizinho de Ana e conselheiro municipal de saúde, toma conhecimento de seu caso. Indignado, resolve levar a discussão para a reunião do Conselho Municipal de Saúde.

Iniciada a reunião do Conselho, sr. Ivan solicita a entrada, como ponto de pauta, do caso de dona Ana.

– Prezados senhores e companheiros de Conselho, esta semana tomei conhecimento de um caso grave que denuncia a qualidade da atenção à saúde no nosso município. Trata-se de uma senhora de 51 anos que teve um diagnóstico de câncer de mama e ficou mais de nove meses para iniciar de fato o seu tratamento. Iniciado o tratamento verificou-se a gravidade do caso, especialmente pela demora no combate à doença. E tudo isso ocorreu por quê? Porque em nosso município, em nossa região, não há equipamentos disponíveis ou médicos suficientes para

atender à demanda. Ela pulou de assistência em assistência até conseguir atendimento na capital. E lá também encontrou muitas dificuldades. Hoje, essa mulher está sem uma mama e extremamente afetada emocionalmente; é uma outra pessoa, não se reconhece mais. É essa a assistência à saúde que desejamos para o nosso município? Penso que esse caso pode servir para refletirmos sobre a saúde na nossa região.

– Sr. Ivan, eu não entendi um aspecto da questão, essa senhora não conseguiu o atendimento no município que nos serve de referência? – questionou outro conselheiro.

– Não. Ela não conseguiu realizar a mamografia nesse município, negaram porque ela só tinha o pedido do médico da Saúde da Família – respondeu o sr. Ivan.

– Mas todo mundo sabe que tem uma regra, que exame especializado é só com o pedido do especialista, não pode ser da Saúde da Família. Esse médico não sabia disso? – retruca outro conselheiro.

– Pois é, mas é que havia uma fila de dois meses para a consulta com o especialista e o médico da Saúde da Família já estava preocupado, por isso solicitou a mamografia. E tem outra coisa, eu também acho que precisamos rever essas regras que adotamos. Essa, por exemplo, de que o médico da Saúde da Família não pode pedir alguns exames, parece não ser muito boa – responde Ivan.

– Ora, sr. Ivan, não podemos mudar uma regra só porque em um caso... – intervém outro conselheiro.

– Não se trata de um caso, precisamos pensar melhor essa regra. E tem mais, essa senhora só conseguiu realizar outros exames e garantir seu tratamento na capital porque a nossa conhecida dona Socorro fez a marcação do exame e da consulta – completou o sr. Ivan.

– Mas, sr. Ivan, a dona Socorro não está lá para isso mesmo? Ela não é aquela que marca as consultas e exames mais complexos? – questionou um conselheiro.

– Espere lá, a dona Socorro não pode ser a nossa Central de Marcação de consultas e exames, até porque nem todos têm acesso a ela! – explica um conselheiro.

– Que absurdo!

– O que vocês estão insinuando?

– Ordem, ordem. Minha gente, vamos com calma, vamos ter tranquilidade para discutir esse caso. Pede o secretário de saúde.

– Pois bem, sr. secretário, o sr. poderia nos informar como temos resolvido essa questão da referência para outros municípios? Qual tem sido a orientação da secretaria? – pergunta um conselheiro.

– Senhores, esta não é uma questão fácil. Nosso município localiza-se numa região distante e de difícil acesso. Tenho enorme dificuldade em manter os profissionais de saúde lotados nas unidades e também de estabelecer relações com os municípios vizinhos. Não temos recursos suficientes para garantir um leque mais abrangente de especialidades e mesmo que quiséssemos teríamos dificuldade em implementar. Tenho solicitado com frequência o apoio da Secretaria de Estado de Saúde, mas não tenho obtido sucesso. O caso dessa senhora extrapola os limites do município. No momento, estou em negociação com outro município de pequeno porte da região para fazer um consórcio intermunicipal de saúde, na esperança de juntar recursos para resolver alguns desses problemas – resumiu o secretário.

– Mas há questões nesse caso que poderíamos discutir, sr. secretário. Essa regra da Saúde da Família, o papel da dona Socorro e outros. Acabo de me lembrar que esta sra. não teve qualquer ajuda de custo para mantê-la em tratamento fora do município. Isso trouxe muitos problemas – respondeu sr. Ivan.

– Regras precisam existir. Não posso aceitar, e outros secretários também não aceitam, que qualquer médico peça exames especializados. Isso poder gerar problemas financeiros inadmissíveis no futuro. A dona Socorro é fundamental, ela ajuda muito, se não fosse ela teríamos ainda mais problemas para agendar essas consultas. E todos a conhecem. Não posso aceitar a crítica de favorecimento. Quanto à ajuda de custo, essa é uma questão importante, podemos pensar em mecanismos para ajudar as pessoas nessa situação – retrucou o secretário.

– Sr. secretário, eu ainda acho que precisamos rever essas regras e outras mais. Não estamos sendo sensíveis aos problemas que a população enfrenta – retoma sr. Ivan.

– Estou de acordo com o sr. Ivan – soma um conselheiro.

– Eu também. Proponho que façamos uma oficina de trabalho para analisar os principais problemas que temos no município para garantir a referência dos pacientes – propôs o conselheiro.

– E a contrarreferência também! – adicionou um conselheiro.

– Isso, a referência e a contrarreferência – concluiu o conselheiro.

O tópico de discussão do caso de dona Ana foi encerrado e a oficina proposta não foi marcada. Apesar da comoção gerada pelo caso de Ana, o problema suscitado não foi discutido em reuniões subsequentes.

Para refletir

O caso de Ana trouxe à tona no **Conselho Municipal de Saúde** a crítica situação do sistema de referência do município. O fato de discutir o caso de Ana é suficiente para possibilitar uma mudança na gestão municipal? O que o Conselho Municipal de Saúde poderia fazer para contribuir para uma organização do sistema de saúde nesse município e região?

Quais as dificuldades do Conselho Municipal de exercer o seu papel de **controle social**?

Os desafios apresentados pelo secretário de saúde justificam a situação do município? O que poderia ser feito para enfrentar esses desafios?

Anote suas reflexões sobre o assunto.

4. Organização da atenção

*Roberta Gondim, Regina Bomfim, Victor Grabois,
Carlos Eduardo Aguilera Campos e Else Bartholdy Gribel¹*



Neste módulo convidamos você, gestor, a percorrer conosco os caminhos que nos levam a conhecer e identificar as necessidades em saúde, com base nas características de uma população em um dado território e, com base nessa discussão, pensar sobre a oferta em saúde como algo integral que se relacione com a totalidade do sujeito.

O olhar voltado para a atenção integral é que nos orientou a estruturar este módulo, tendo o seu eixo organizativo nos princípios da atenção primária ou básica de saúde, entendida como atenção essencial às diferentes necessidades.

À essa abordagem se somam os esforços no sentido de nos aproximarmos dos processos e da dinâmica da gestão da saúde que interferem na organização das ações e nos serviços de saúde.

Para tanto iremos discutir princípios organizativos da atenção à saúde com base nos modelos vigentes, no diálogo com a lógica de estruturação do cuidado em saúde, à luz dos princípios da universalidade, integralidade, acessibilidade e equidade.

Nessa etapa do estudo iremos aprofundar os conhecimentos acerca dos marcos, conceitos e forma de estruturação da atenção à saúde com foco

¹ Roberta Gondim e Regina Bomfim são autoras do texto “Atenção integral, necessidades de saúde e linhas de cuidado como diretrizes de organização da oferta em saúde”, constante deste Módulo 4. Victor Grabois, Carlos Eduardo Aguilera Campos e Else Bartholdy Gribel são autores do texto “Atenção primária como eixo estruturante da atenção à saúde”, que também integra o Módulo 4 deste livro.

na atenção primária, entendida como eixo estruturante do modelo de atenção à saúde.

Atenção integral, necessidades de saúde e linhas de cuidado como diretrizes da oferta em saúde

A atenção integral, como diretriz do Sistema Único de Saúde, está contemplada desde a Constituição Cidadã de 1988. Segundo Mattos (2001), a atenção integral se configura como uma “imagem-objetivo”, isto é, a meta a ser alcançada e que, portanto, dá direcionalidade à ação e, como tal, aponta a direção de algumas das transformações necessárias para alcançarmos o SUS que queremos.

A despeito de estar presente nos marcos da reforma sanitária e, consequentemente, nas diretrizes do SUS, a implantação da atenção integral se depara com entraves decorrentes das heranças de um dado modelo de formação e de práticas profissionais, assim como da estruturação da atenção à saúde.

Na política de atenção convivem diferentes marcos organizativos, dentre eles a estruturação em níveis de complexidade, a saber: atenção primária ou atenção básica e atenção de média e de alta complexidade. Esta forma de organização, que se reflete na oferta de serviços segundo a hierarquização de três níveis de atenção, teve como um de seus pressupostos, desde a medicina previdenciária, a efetivação das ações de saúde focadas em agravos e, em algumas situações, para recortes populacionais, não levando em conta o marco da atenção integral. Percebe-se então, entre outros fenômenos, a fragmentação da atenção, baixa resolutividade dos primeiros níveis de atenção e a dificuldade de acesso aos níveis de maior complexidade. A estruturação da assistência à saúde em especialidades e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, efetivada por meio de procedimentos de média e de alta complexidade, possibilita a ocorrência de estrangulamentos na rede de serviços de saúde.

Experiências internacionais vêm consolidando um modelo de atenção à saúde no qual a atenção primária torna-se, progressivamente, um “complexo assistencial” que envolve novas práticas profissionais, tecnologias e arranjos organizativos capazes de propiciar diagnósticos

precoces, atenção de qualidade e identificação de riscos individuais e coletivos, ambientais ou sanitários, a despeito da complexificação das situações de risco.

A atenção primária ou atenção básica constitui-se no primeiro ponto de atenção à saúde e tem, como um de seus objetivos, o alcance de certo grau de resolução de problemas, que possa, além de prevenir, evitar a evolução de agravos, com vistas à redução de situações mórbidas que demandem ações de maior complexidade.

Como será mais bem discutida a seguir, a atenção básica deve ser capaz de diagnosticar, o mais precocemente possível, situações de risco que venham ultrapassar sua capacidade de resolução, promovendo acesso ágil aos atendimentos mais complexos, na busca da otimização da assistência, da melhoria do cuidado e da redução dos gastos, estabelecendo uma continuidade da atenção à saúde.

Compreender a organização do sistema de saúde sob essa ótica representa reconhecer a atenção primária como eixo ordenador de um modelo de atenção à saúde construído na perspectiva da atenção integral.

Sistemas nacionais de saúde fundamentados em princípios como o da atenção integral devem manter como base de orientação de suas agendas de prioridade, de seus processos de planejamento, das práticas de saúde e da qualificação do trabalhador, elementos tais como os condicionantes históricos, culturais, econômicos e sociais que conformam uma vastíssima gama daquilo que se costuma chamar de necessidades em saúde.

Necessidades de saúde

A complexidade dos conceitos de necessidade e as muitas discussões que suscitam não serão esgotadas nesta unidade de aprendizagem, uma vez que um dos seus objetivos é trazer a você, gestor de saúde, o entendimento de que, para que a oferta de ações de saúde seja de qualidade e efetivamente resolutiva, há de se partir daquilo que a população realmente necessita.

Para refletir

Considerando suas práticas no cotidiano da gestão ou com base em sua experiência nos serviços de saúde, faça uma reflexão sobre a natureza das necessidades de saúde que se apresentam.

Registre suas impressões no Diário de Estudos.

Taxonomia é a ciência da classificação. Palavra de origem grega, inicialmente utilizada pela biologia, é bastante empregada nos dias atuais como sistema de classificação de conceitos.

Uma **taxonomia** bastante rica e apropriada aos nossos objetivos nos é fornecida por Cecílio (2001), na qual trabalha com quatro grandes conjuntos de conceitos.

O primeiro conjunto de conceitos se fundamenta nas contribuições de Stotz (1991), relacionando os fatores ambientais e os lugares que os sujeitos ocupam na vida social (espaço de trabalho, habitação, hábitos pessoais etc.), na tradução de necessidades de saúde. O olhar do gestor e suas análises sobre os fatores não podem estar descolados do contexto social no qual o usuário (sujeito) está imerso, pois é daí que se depreendem os elementos determinantes e explicativos de necessidades.

No segundo, “trabalha com a ideia de que o valor de uso que assume cada tecnologia de saúde é sempre definido a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive” (CECÍLIO, 2001, p. 115). Com esse pressuposto, fica claro que não devemos nos deixar levar pela falsa crença de que ações de saúde com qualidade, que possam resolver os problemas de saúde, são somente aquelas dotadas de alta tecnologia presentes nos processos diagnósticos e terapêuticos.

O conhecimento do profissional de saúde sobre a observação de um dado fenômeno de caráter individual ou coletivo e sua capacidade de orientação e intervenção são tecnologias valiosas, desde que aplicadas de maneira compatível com a necessidade. O valor de uma tecnologia é dado pela sua necessidade e pelo bom uso dela, que não está posto *a priori*, mas se dá apenas quando de sua adequada utilização.

Esse pressuposto pode ser exemplificado pela atuação de um médico da equipe Saúde da Família capaz de diagnosticar e traçar um bom esquema terapêutico para um paciente/usuário com diabetes *mellitus* grave, que vá desde a escuta atenta a problemas de ordem familiar que se colocam face à gravidade da doença, até encaminhar, de forma ágil e precisa para centros de atenção mais complexos, para o início de terapia renal substitutiva ou a indicação de exames cardiológicos mais complexos.



Para melhor conhecer essa importante abordagem acerca de tecnologia em saúde, leia “A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência”, de Emerson Merhy (1998), que se encontra no CD e no AVA do curso.

O terceiro grupo de necessidades corresponde ao estabelecimento de vínculos de confiança entre o usuário e o profissional de saúde, no qual possa se fazer presente uma “relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades” (CECÍLIO, 2001, p. 115). A atenção dada ao aspecto relacional existente entre o usuário e o profissional que o acolhe é a base desse terceiro aspecto.

Por último, Cecílio (2001) aborda a questão da necessidade de autonomia do sujeito (usuário) no que chama **modo de levar a vida**.

A autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida, e esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível.

No Quadro 1, podemos ver o esforço de construção da taxonomia de necessidade proposta pelo autor, fornecendo bases para o entendimento das necessidades em saúde como dimensão de fundamental importância na oferta e organização das ações e serviços de saúde.

Quadro 1 – Taxonomia de necessidades de saúde

Necessidades de saúde	Abordagem de diferentes autores e/ou “escolas” e/ou modelos de atenção
Necessidade de boas condições de vida	<ul style="list-style-type: none"> • No funcionalismo-humanista de San Martin. • Por autores marxistas como Berlinguer (“doença como expressão de forças produtivas que agem sobre a sociedade”), Franco (“a saúde como conjunto de possibilidades de vida”) e mesmo Castellanos (“A reprodução humana implica a reprodução da vida”). • Tais concepções estão operacionalizadas em modelos tecno-assistenciais como “Cidade Saudável” e SILOS. • Fazem parte do discurso clássico da Saúde Pública e das organizações como Organização Mundial da Saúde (<i>Saúde para todos no ano 2000</i>).
Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida	<ul style="list-style-type: none"> • Temas desenvolvidos nas clássicas taxonomias de saúde desenvolvidas por Bradshaw e Pineault. • Inclui a concepção de ação programática tal qual apresentada por Dalmaso, Neme e Schraiber. • Inclui a concepção de necessidade individual tal qual apresentada por Sousa Campos.
Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)	<ul style="list-style-type: none"> • Incorpora as ideias difundidas por Sousa Campos e Merhy, no “modelo” Lapa, baseados em uma “recuperação” do vínculo existente na clínica. • Incorpora ideias que têm sido de Saúde da Família trabalhadas na Estratégia (ESF), tal qual a elaborada pelo Ministério da Saúde e adaptada a várias experiências conduzidas em muitos municípios brasileiros.
Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito)	<ul style="list-style-type: none"> • Incorpora as ideias defendidas por Merhy e Sousa Campos, com base nas ideias de Canguilhem: “os modos de andar a vida”. • Incorpora ideias do pensamento crítico em Educação em Saúde.

Fonte: Cecílio e Matsumoto (2006).

As necessidades de saúde podem ser traduzidas e percebidas pelos profissionais como a demanda, manifesta pelos usuários, por ações e serviços de saúde. As demandas por cuidados de saúde são socialmente construídas e fazem parte do imaginário social. Lacerda e Valla (2005, p. 285) apontam que

traduzir as necessidades e demandas – ou seja, dar voz aos sujeitos – pode ser uma das estratégias para se organizar as práticas de integralidade em saúde nos serviços públicos. Isso significa que a ação dos sujeitos na busca de melhorias e enfrentamento dos problemas individuais e coletivos merece uma atenção especial por parte dos profissionais e gestores.

Para refletir

Com base na citação anterior, sugira alguma(s) estratégia(s) que os profissionais de saúde podem pôr em prática para “dar voz aos sujeitos” (conforme proposto pelos autores), em relação às suas próprias demandas.

Anote suas reflexões.

Dar voz aos sujeitos significa entrar em contato com elementos da realidade e das condições de vida e de saúde daquele que enuncia o problema; os aspectos dessa realidade, quando ouvidos e acolhidos pelos profissionais, podem servir para reorientar as práticas de saúde, no sentido de melhor adequá-las ao contexto social daqueles que têm no sistema de saúde seu espaço de resolução. Reforçando ainda mais, Camargo Junior (2005) considera a “ideia de demanda como resultante de um processo de negociação, culturalmente mediado, entre atores representantes de diversos saberes e experiências”.

Contudo, deve-se estar atento para a crescente incorporação tecnológica no setor saúde, aliada aos interesses de um conjunto de instituições e atores que o compõem, no sentido de ampliar o consumo de novas técnicas, pois têm gerado efeitos tais como a criação de demandas questionáveis quanto à legitimidade de sua necessidade. Essa é uma realidade frequentemente vivida pelos profissionais e gestores no cotidiano das práticas e tomada de decisões. Mattos (2005, p. 41) pondera que

as estratégias de elevar o consumo de bens e serviços de saúde para além do indicado pelo conhecimento científico não se limitam às pressões em torno da incorporação das tecnologias. Elas atuam também no sentido de suscitar práticas de saúde nas quais os profissionais não levam em conta evidências científicas no momento de indicar o uso de certa tecnologia.



Saiba mais sobre os efeitos da incorporação tecnológica no setor saúde e a criação de demandas questionáveis no trabalho de Regina Bomfim “Agenda única de saúde: a busca do acesso universal e a garantia do direito à saúde” (2008).

A importância de trazer esse debate para o universo da gestão está ancorada na certeza de que o marco da necessidade em saúde deve estar presente em todas as funções gestoras, quando se pensa em atenção integral à saúde, seja no planejamento das ações, nas escolhas de prioridades, nas estratégias de implantação das ações, no cotidiano das práticas das equipes de saúde e, finalmente, na concepção de políticas adequadas à realidade loco-regional.

Com o advento da taxonomia de necessidades de saúde trabalhada e das discussões acerca da atenção integral, percebe-se a existência de importantes e indissociáveis atores no contínuo processo de construção do SUS, quais sejam, profissionais de saúde, gestores e cidadãos. É por meio do diálogo entre esses atores que se torna possível a organização de um sistema de saúde capaz de dar respostas à população.

Linhas de cuidado

Considera-se que o modelo organizacional mais adequado para o atendimento dos problemas de saúde da população deve ser aquele promotor de equidade e da integralidade da atenção. Dentre as várias estratégias a serem adotadas para esse fim, devem estar desenhados os percursos assistenciais realizados pelo maior número de pessoas decorrentes de situações de saúde semelhantes, conformando o que se chamou de “linhas de cuidado”, construídas, preferencialmente, com base na atenção básica. A concepção de linhas de cuidado deve representar, necessariamente, um *continuum* assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e pressupõe um conjunto de ações orientadas pelas necessidades de saúde voltadas para:

O acesso de um usuário pode se dar também em uma Porta de Urgência ou em uma internação por motivos ou agravos diversos.

- a) segmentos populacionais – indígenas, quilombolas, entre outros;
- b) ciclos de vida – criança, adolescente, idoso, entre outros;
- c) gênero – saúde da mulher, saúde do homem, entre outros;
- d) agravos – tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outros; ou
- e) eventos – gestação, entre outros.

A implementação de linhas de cuidado pretende colaborar com a organização da atenção à saúde, gerando o estabelecimento dos fluxos entre os pontos de atenção à saúde, ou seja, todos os espaços onde se produz atenção à saúde, podendo ter estrutura física, como hospitais, centros de diagnose, postos de saúde, assim como equipe de saúde da

família e profissionais do NASF, entre outros, imprimindo esforços no sentido de evitar a fragmentação do cuidado e apoiando mudanças na percepção de necessidades em saúde. Essa organização pressupõe o estabelecimento de “percursos ou trajetórias assistenciais” representados pela definição de diretrizes clínicas voltadas ao atendimento dos problemas de saúde. Sua concretização se dá por meio de arranjos organizacionais, tendo na constituição de equipes de referência e de apoio matricial o seu eixo estruturante. É fundamental que haja o funcionamento articulado das equipes de saúde, objetivando uma visão mais abrangente do indivíduo e caracterizando um espaço coletivo e não hierarquizado de desenvolvimento de ações de saúde.

As diretrizes clínicas eram anteriormente identificadas como protocolos assistenciais ou protocolos clínicos, fruto dos consensos de especialistas.

As diretrizes clínicas também são assunto do Módulo 6, “Gestão do cuidado”, desta unidade de aprendizagem.

Com a conformação de linhas de cuidado, portanto, é possível a definição da programação local de saúde, descrita nas diretrizes clínicas estabelecidas de acordo com prioridades, tomando por base a identificação de necessidades de saúde.

Com base no que foi discutido, entende-se que o gestor, além de ser o responsável pela viabilização do cuidado coletivo de um dado território, não pode perder de vista a especificidade dos sujeitos que o compõem.

No Módulo 5, “Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS”, desta unidade de aprendizagem, você encontrará alguns passos para a constituição da linha de cuidado do câncer de mama como um exemplo.

PARA PESQUISAR

Com o intuito de auxiliá-lo em sua tarefa gerencial de estruturação de linhas de cuidado, convidamos você a responder a estas perguntas:

- a) existem diretrizes clínicas ou protocolos assistenciais definidos e utilizados em seu território?
- b) qual a proporção de gestantes com sete ou mais consultas e o número de casos de sífilis congênita em seu território, no ano de 2008?
- c) tendo em mente o cuidado à gestante, identifique os pontos de atenção, tanto os existentes quanto os necessários em sua região, com vistas à conformação de uma linha de cuidado.

O *Caderno de Funções Gestoras e seus Instrumentos* mostra como acessar o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc); o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). São subsídios que irão auxiliá-lo a obter dados para a estruturação de linhas de cuidado. Essa pode ser uma proposta concreta de efetivar na prática aquilo que está sendo estudado, você não acha? Boa sorte nessa tarefa!

Registre sua pesquisa.

SUGESTÃO PARA A ESTRUTURAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO PARA GESTANTES

Inicialmente, você precisa estimar/consultar o número de gestantes em seu território e identificar as necessidades de saúde inerentes a este momento particular da vida da mulher em todas as suas demandas, sejam elas complexas ou não. Grosso modo, do total de gestações/ano tem-se que 85% são de risco habitual e 15% delas são de alto risco.

Considerando as diretrizes clínicas e a definição dos pontos de atenção, delinhe os diferentes percursos assistenciais referentes ao atendimento integral das gestantes.

Quando necessário, identifique os fluxos e as pactuações necessárias para o acesso universal das gestantes ao sistema de saúde.

Espera-se, idealmente, que a cobertura pré-natal dos estados e dos municípios seja de 100%, devendo ter como objetivo o alcance da meta máxima de cobertura no menor espaço de tempo.

Estimativa do tipo “desfecho/finalização” do processo gestacional, segundo complexidade

Desfecho	Baixo risco	Alto risco
Parto normal	83%	57%
Cesárea	15%	35%
Outros procedimentos obstétricos	2%	8%

Obs.: As estimativas apresentadas encontram-se dentro dos parâmetros esperados pela área técnica da mulher do Ministério da Saúde, para gestantes em acompanhamento pré-natal e segundo complexidade e da análise do CID das AIHs Brasil do ano de 2004.

Atenção primária como eixo estruturante da atenção à saúde

Vamos analisar alguns aspectos relacionados à gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS), também chamada de Atenção Básica (AB). Para fins deste texto, serão considerados sinônimos estes termos, nominados com a sigla APS/AB. Este campo foi estruturado, ao longo da história, como parte essencial das políticas de saúde de inúmeros países, especialmente após a Conferência de Alma Ata, em 1978



Leia a reportagem “Brasil é exemplo na atenção básica à saúde, diz OMS”, que enfoca a atenção básica à saúde no Brasil, publicada pela BBC Brasil, em 14 de outubro de 2008. A matéria encontra-se no CD e no AVA do curso e, também, em http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2008/10/081014_omsrelatoriosauade_np.shtml

Se você quiser conhecer o teor integral do relatório anual da OMS – “Primary Health Care-Now More Than Ever” –, acesse os sites: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_123/whr08_en.pdf (versão em inglês). http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf (versão em português).

(CONFERÊNCIA..., 1979). Atualmente a APS/AB ganhou novo impulso com a renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008). A APS/AB é considerada eixo estratégico para a estruturação de sistemas de saúde universais, resolutivos e com melhores níveis de equidade, efetividade e eficiência. Neste momento, o Brasil alcança reconhecimento internacional pela implantação da bem-sucedida Estratégia Saúde da Família (ESF).

A atenção básica de saúde como eixo estruturante do sistema de saúde

Pensar o papel da Atenção Básica em um dado sistema de saúde implica compreender as ações de saúde, antes de tudo, como um reflexo de um determinado modelo de proteção social. Segundo um documento técnico (CONILL; FAUSTO, 2007) focado na integração da APS, a proteção social reflete o tipo de solidariedade que os cidadãos de um país estão dispostos a consolidar e que, por isso, o desempenho de um sistema de saúde reflete não apenas os recursos disponíveis, mas também os valores e as opções políticas frente às necessidades da população.

Ainda segundo esse documento, existiria tensão entre uma concepção mais restritiva de atenção primária (focalizada em populações mais vulneráveis e utilizando tecnologias de baixo custo) versus uma concepção mais abrangente, fazendo parte de um sistema integrado de cuidados e do desenvolvimento econômico-social.

SUGESTÃO PARA A ESTRUTURAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO PARA GESTANTES

Para Starfield (2002), a Atenção Primária em Saúde, ainda que se constitua como um primeiro nível de atenção, tem um papel de organização e integração das redes de atenção à saúde e da promoção, prevenção e recuperação da saúde, garantindo a coordenação e a continuidade do cuidado. Ainda segundo a autora, são consideradas atribuições da Atenção Primária:

- a garantia de acesso;
- a porta de entrada;
- a longitudinalidade (assegurando o vínculo);
- o elenco integral de serviços;
- a coordenação de serviços; e
- o enfoque familiar e a orientação da comunidade.

No Brasil, a rede de atenção básica tem origem no final da década de 1920, com a abertura de centros de saúde planejados para atuar em base territorial, a fim de promover as medidas de saúde pública destinadas ao controle de doenças, com ações sistemáticas no domicílio e na comunidade. Estas iniciativas foram fruto das experiências difundidas nos EUA, com destaque para o trabalho das enfermeiras visitadoras ou de saúde pública.

O termo *Primary Care* (Atenção Primária) foi introduzido pela primeira vez em 1961 por White, e apontou para a necessidade da atuação de médicos generalistas na era da especialização.

Contribuíram ainda para a ampliação do conceito de Atenção Primária e, por conseguinte, para a ampliação do papel das equipes de APS dois movimentos históricos: a reformulação do sistema de saúde canadense, implantado com base no *Informe Lalonde* (LALONDE, 1974), e as discussões de representantes de vários países no âmbito da Organização Mundial da Saúde, que geraram o movimento da Atenção Primária à Saúde (APS), que culminou com a realização da Conferência de Alma Ata, em 1978 (CONFERÊNCIA..., 1979).

Segundo o documento de Conill e Fausto (2007), voltado à integração da APS, as estratégias para essa integração nas últimas décadas se estruturaram em três eixos: (1) aumento do poder da APS frente a outros níveis de atenção por meio da coordenação ou da compra de serviços; (2) aumento do rol de atividades pela transferência de funções; e (3) mudanças nas condições para exercício desse novo papel (formação, sistemas de informação). Segundo o documento, as iniciativas empreendidas no âmbito dessas estratégias que demonstraram maior efetividade foram: aumento da capacidade de resolução do médico generalista (maior acesso a exames e a outros profissionais, como a fisioterapia), a difusão de diretrizes acompanhadas de atividades educativas com especialistas e formulários estruturados para a referência dos problemas mais importantes.

Até a Constituição de 1988, houve no Brasil a ênfase em dois modelos dicotomizados: um voltado exclusivamente para “recuperar a saúde de indivíduos doentes”, conhecido como modelo hospitalar. O segundo, um conjunto de estratégias de controle de doenças e fatores de risco organizados em programas verticais e centralizados, que ficou conhecido como modelo sanitaria.

A força destes dois modelos manteve-se e ainda mantém-se, apesar de inequívocas evidências de que a modificação dos padrões de carga de doença demanda a estruturação de redes de atenção voltadas principalmente ao atendimento/prevenção/promoção de agravos de natureza crônica (MENDES, 2008). O modelo hospitalar serve aos agravos de natureza aguda; por outro lado, os modelos verticalizados não dão conta das diversidades apresentadas pelos territórios sanitários e por suas populações adscritas.

Para refletir

Em sua região, como os hospitais participam da rede de atenção aos usuários com portadores de patologias cardiovasculares? Se existir um programa de controle do diabetes e da hipertensão (Hiperdia) em sua região, como ele se articula com as unidades de saúde existentes?

Anote suas reflexões.

A criação do SUS, em 1988, e a progressiva descentralização de recursos para os municípios a partir de 1990 favoreceram o surgimento de iniciativas de caráter alternativo, que visavam novos modelos de atenção, com foco na atenção primária (FAUSTO; MATTA, 2007). Ainda segundo estes autores, após a NOB SUS 01/96, a APS ganha destaque na política nacional de saúde. A NOB SUS 01/96 institui o Piso da Atenção Básica (PAB), garantindo um repasse específico aos municípios por meio do Fundo Municipal de Saúde, calculado em uma base *per capita*, acrescido de um valor variável, para o incentivo a programas estratégicos.

Dois destes programas estratégicos se iniciam na primeira metade da década de 1990: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o Programa de Saúde da Família (PSF), respectivamente em 1991 e 1994. Esses programas, segundo Fausto e Matta (2007), surgem como iniciativas focalizadas (populações mais vulneráveis) no sentido de enfrentar elevados índices de morbi-mortalidade infantil e de epidemias em algumas regiões do Brasil, ao mesmo tempo que canalizavam recursos para que municípios mais pobres pudessem iniciar algum processo de organização de seus sistemas e redes de saúde. A característica vertical desses programas também reduzia seus possíveis impactos para a construção de redes de saúde naqueles municípios.

Segundo Mattos (2002 apud FAUSTO; MATTA, 2007), a história do PSF poderia ser dividida em duas etapas: uma primeira focada no aumento da cobertura do acesso aos serviços de saúde e uma segunda como estratégia de transformação do modelo assistencial, superando práticas tradicionais e pouco efetivas.

A modificação do financiamento das equipes de Saúde da Família a partir de 1999, introduzindo a noção de cobertura populacional como parâmetro para o repasse de recursos, o aumento significativo do volume de recursos para esta estratégia e a utilização de indicadores de avaliação da atenção básica (Portaria MS n. 648, de 2006) fortalecem progressivamente a atuação das ESF no sentido de uma reorientação do modelo assistencial.

Indicadores, na área da saúde, “são instrumentos projetados e utilizados para avaliar a consecução de objetivos e metas; variáveis que permitem quantificar os resultados de ações, obter uma quantificação inicial para termos de avaliação no momento ou comparação posterior” (MALETTA, 2000). Os indicadores são “medidas-síntese” que contêm informação relevante sobre dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde.

PARA PESQUISAR

Qual a cobertura do Pacs e da ESF em sua região? Já foi realizada alguma avaliação da qualidade do cuidado no âmbito da ESF em sua região? Em caso positivo, que elementos foram destacados?

Os resultados de sua pesquisa podem ser registrados na biblioteca da turma, no AVA, para compartilhar com seus colegas e o tutor.

A descentralização de recursos, após a NOB 01/96 e a transferência destes programas para a área central do Ministério da Saúde (Secretaria de Atenção à Saúde) criaram as condições possíveis para que o Programa de Saúde da Família fosse desenvolvido como uma estratégia concreta para a reordenação do Sistema de Saúde, fortalecendo a capacidade resolutiva da Atenção Básica como nível de atenção e seu papel integrador e organizador do SUS.

Segundo a portaria do MS que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a), esta tem um sentido o mais abrangente possível, sendo acima de tudo área norteadora tanto de princípios doutrinários quanto da proposta técnico-operacional de reorganização, ordenação e do modo de atuar em saúde no SUS. Essa política tem ainda a responsabilidade de ser o campo privilegiado para a prática das ações intersetoriais e de lançar as bases para uma sociedade saudável, democrática e participativa.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Princípios

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

Fundamentos

I. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, em consonância com o princípio da equidade.

II. Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços.

III. Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

IV. Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação.

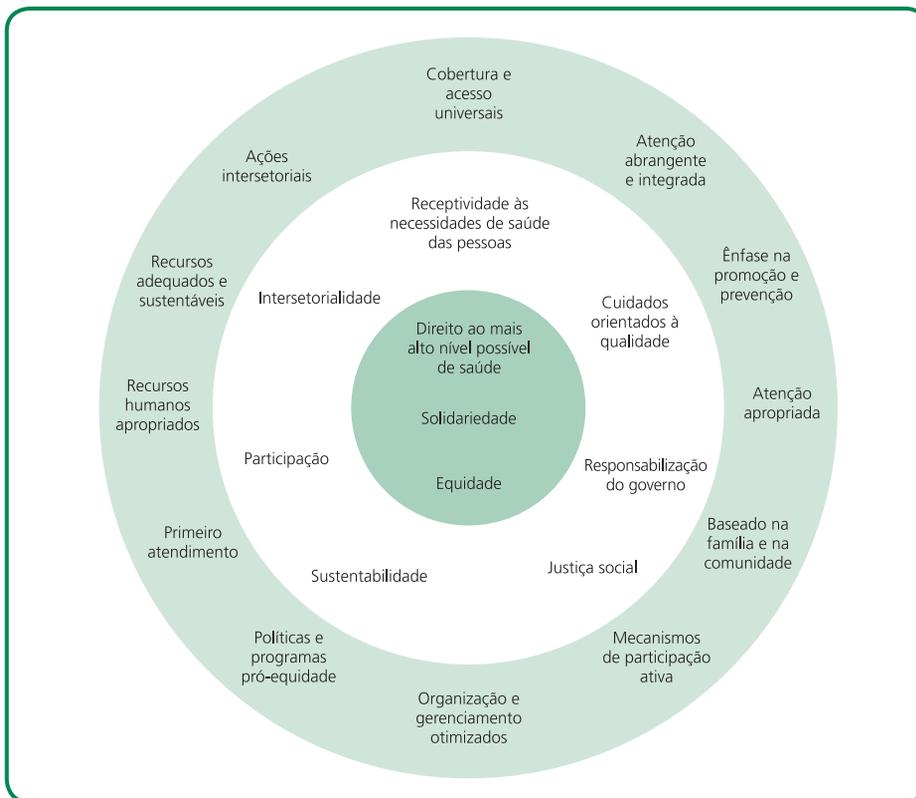
V. Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação.

VI. Estimular a participação popular e o controle social.

Fonte: Brasil (2006).

A Figura 1 apresenta uma visão integrada dos valores, princípios e elementos centrais que estruturam um sistema de saúde desenhado com base na APS, oferecendo aos países e profissionais de saúde uma referência para comparações e análises de seus sistemas de saúde.

Figura 1 – Valores, princípios e elementos centrais em um sistema de saúde com base na APS



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde (2005).

ATIVIDADE 1

Compare os princípios da Política Nacional de Atenção Básica (2006) com os valores, princípios e com os elementos centrais em um sistema de saúde com base na APS destacados na Figura 1. Quais são os pontos de convergência entre as duas propostas? Por quê?

Registre suas conclusões.

A Estratégia de Saúde da Família como expressão de um novo papel para a Atenção Básica no SUS

A prioridade em fortalecer a Estratégia Saúde da Família (ESF) como espaço privilegiado de práticas integrais em saúde permite que antigos modelos sejam superados, construindo-se alternativas de ação de maneira a “promover a saúde, prevenir os riscos e recuperar a saúde de pessoas e de grupos populacionais a partir da realidade local” (BRASIL, 2006a).

A ESF tem um papel central na garantia da integralidade. Isto implica tomar como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, organizando a atenção de modo a incluir não apenas as ações e serviços que incidem sobre os “efeitos” dos problemas (doença, incapacidade e morte), mas, sobretudo, atuar sobre as “causas” (condições de vida, trabalho e lazer).

ATRIBUIÇÕES DA ESF

1. Conhecer a realidade das famílias (socioeconômica, psicocultural, demográfica, epidemiológica)
2. Identificar problemas de saúde e situações de risco
3. Apoiar a elaboração de planos locais de saúde
4. Valorizar o vínculo, a responsabilização, a continuidade, a relação de confiança
5. Realizar ações de vigilância à saúde
6. Desenvolver ações programáticas: tuberculose, hanseníase, DST/Aids, doenças crônicas, relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente
7. Resolver a maior parte dos problemas e garantir a referência
8. Prestar assistência integral e promover a saúde por meio da educação para a saúde
9. Desenvolver a autoestima, a troca de experiências, o apoio mútuo e o autocuidado
10. Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações para a melhoria da qualidade de vida e do meio ambiente
11. Incentivar a formação e a participação nos conselhos de saúde

Olhares e práticas sobre a família e a comunidade

Os marcos estruturantes da Estratégia Saúde da Família são lançados pelo MS a partir de 1993, após as experiências bem-sucedidas do trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde. Buscou-se resgatar princípios importantes para a Atenção Primária à Saúde. Alguns deles já tinham sido testados com sucesso nas décadas anteriores no país, nos primórdios da implantação dos centros de saúde. As experiências municipais da década de 1980, inspiradas na Declaração de Alma Ata, suscitaram as mudanças no bojo da estruturação do SUS. A criação de Sistemas Locais de Saúde com base no enfoque epidemiológico, no acesso e na equidade da atenção e na territorialização, com a participação da comunidade, formou o arcabouço conceitual a estruturar esse novo modelo de atenção. A preocupação em manter o vínculo e a proximidade de equipes e usuários, com foco na família e na comunidade, completou essa nova proposta.

Os profissionais de saúde, de maneira geral, e os membros da ESF, em particular, são capacitados para a identificação de doenças e fatores de risco individuais e coletivos (epidemiológico-sanitário-ambiental). Utilizam para tal os campos de conhecimento da clínica e da vigilância à saúde. Estas ferramentas são, sem dúvida, imprescindíveis para a prevenção (controle de riscos) e o controle de danos (assistência).

Existem muitas dificuldades para lidar com a dinâmica familiar e comunitária, com os problemas que surgem em função destas categorias de análise e suas intervenções correspondentes. Estes temas estão muito mais afetos às áreas de psicologia e assistência social; daí a necessidade de incorporação deste conhecimento na atuação ligada à APS/AB. Trabalha-se muitas vezes por suposições ou empirismo, como se fosse possível e bastasse a própria experiência pessoal a orientar a prática cotidiana nestas áreas (MARSIGLIA, 2008).

De fato, os profissionais de saúde são muito criticados por não terem uma visão mais problematizadora sobre as questões ligadas à família e à comunidade. Mas não há, da parte dos profissionais, as ferramentas necessárias para esta atuação. Geralmente se trabalha com visões preconcebidas sobre o que vem a ser a família ou a comunidade.

Outro aspecto refere-se aos processos educacionais. Estes são apreendidos na formação de cada profissional, que busca, em sua prática, reproduzir o que vivenciou como aluno.

Dessa forma, assim como não estão preparados para trabalhar com dinâmicas familiares e comunitárias, também não sabem como lançar mão de processos educativos alternativos em saúde, processos que possam valorizar o seu papel na discussão e reflexão sobre os comportamentos saudáveis e os autocuidados em saúde.

Para refletir

O que você pôde observar e debater sobre as dificuldades dos profissionais de lidar com a dinâmica familiar e comunitária, no âmbito da ESF em sua região?

Lembre-se de registrar suas reflexões.

Assim se fez necessária a reorganização do processo de trabalho, com base na substituição do modo de atuar dos profissionais de saúde: o foco do cuidado na doença passa a ter nova orientação, o cuidado pautado na integralidade das ações atuando nos campos de promoção, prevenção, assistência e reabilitação.

A centralidade do cuidado passa a ser a família e a comunidade, e não mais o indivíduo. Propõem-se ações territorializadas, fundamentadas no reconhecimento dos determinantes do processo saúde-doença de grupos populacionais concretos, referidos às equipes locais e permanentes, com dedicação exclusiva a essas tarefas. Assim surge a proposta da equipe de saúde da família (ESF), com características multiprofissionais mas sem um número excessivo de profissionais a diluir e fragmentar funções e responsabilidades.

A estratégia de atuação prevê ações diferenciadas na comunidade, como a visita domiciliar, a educação em saúde e as ações intersetoriais visando à promoção da saúde, além das já consolidadas ações programáticas de prevenção e assistência. O desafio é conscientizar sobre o novo papel dos profissionais nas práticas em saúde da família, em que devem assumir um papel de liderança, motivando a comunidade a ser protagonista de seu próprio destino, contribuindo assim para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das famílias na sua área de abrangência.

PARA PESQUISAR

Observe o funcionamento e a organização da atenção no âmbito de uma Equipe da Saúde da Família no território em que você exerce sua atividade gerencial, considerando os aspectos presentes no quadro que segue (ênfase, conteúdo, organização e responsabilidade).

As práticas observadas por você se aproximam mais de que modelo? Cite alguns exemplos concretos que justifiquem sua posição.

Modelo	Atenção médica ambulatorial	APS/AB
Enfoque	Doença Cura	Saúde Prevenção, atenção e cura
Conteúdo	Tratamento Atenção por episódio Problemas específicos	Promoção da saúde Atenção continuada Atenção abrangente
Organização	Especialistas Médicos Consultório individual	Especialistas em APS Equipe multiprofissional
Responsabilidades	Setor de saúde Domínio profissional Recepção passiva	Intersetorial Participação da comunidade Autorresponsabilidade

Fonte: Starfield (2002).

Registre os resultados de sua análise.

Diversos trabalhos recentes têm demonstrado o impacto no modelo de atenção com base na reorientação estratégica da Saúde da Família, tais como a capacidade de tomada de decisões, a qualificação das equipes técnicas, a capacidade de articulação externa, a opção pela efetiva substituição dos componentes estruturais e ideológicos dos antigos regimes de práticas, o desenvolvimento de inovações assistenciais e gerenciais (GOULART, 2007). O modelo tem experimentado também aperfeiçoamentos, como a inclusão de equipes de saúde oral e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os benefícios na melhoria das condições de vida e saúde dos sujeitos sociais são comprovados, por exemplo, com estudos que demonstram a melhoria da cobertura das ações da Atenção Básica para um conjunto importante da população antes desassistida e a redução de mortes atribuíveis a falta de assistência à saúde (ABREU; CESAR; FRANÇA, 2007).



Para um conhecimento de experiências exitosas na implantação do PSF, sugerimos a leitura do número 17 da *Revista Brasileira de Saúde da Família* (jan./mar. de 2008), disponível no endereço: www.saude.gov.br/dab

A abordagem dos indivíduos em suas diversas dimensões de sofrimento biológico e psicossocial com foco na preservação da sua segurança e de sua qualidade de vida leva em consideração os problemas de saúde em suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial. Algumas experiências de outros países também podem ajudar a concretizar uma abordagem mais ampliada de nossos usuários no âmbito da Saúde da Família.

Os Cs da medicina familiar

Por ser o berço dos modernos Cuidados Primários de Saúde, o Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra nos serve de referência técnica e científica em muitas situações. O professor Ian McWhinney (1997) tem papel de destaque, com o seu já clássico *Manual de Medicina Familiar*. Ainda que o texto seja dirigido a médicos, nele estão descritos os princípios que podem nortear o trabalho dos inúmeros profissionais que atuam nesta área. Esses princípios são ainda muito atuais e podem ser perfeitamente transpostos para identificar as questões principais envolvidas no atendimento da APS/AB em nosso meio. Analisemos agora os princípios ou Cs da medicina familiar.

Comprehensiveness

Esta é a única palavra inglesa começando com C que não tem tradução portuguesa também iniciada com C. Como já foi destacado aqui, a integralidade é praticada principalmente no âmbito da APS/AB e em articulação com os demais níveis do sistema de saúde. Quando analisada em termos de resolutividade, podemos afirmar que grande parte da responsabilidade pelo cuidado integral – isto é, não só as ações de promoção e prevenção, mas também a assistência, reabilitação e os cuidados paliativos – também está neste nível de atenção. Intervir sobre o processo de adoecimento, particularmente nas doenças comuns, crônicas e aquelas com risco de sérias complicações ou consequências para a vida; identificar as oportunidades, métodos e limites da prevenção; e estabelecer o diagnóstico precoce e as condutas apropriadas fazem parte do cuidado na APS/AB. O desenho do cuidado na APS/AB deve incluir e integrar fatores físicos, psicológicos e sociais, o que se expressará na forma como ele se realiza.

Continuidade

A equipe da APS/AB presta cuidados personalizados e continuados a indivíduos, famílias e a uma determinada comunidade, independente de idade, sexo ou condição. A permanência do vínculo entre a equipe e os indivíduos, famílias e comunidade permite a melhor compreensão dos fatores determinantes, de risco e de ordem psicossocial envolvidos nos problemas de saúde. Só acolhemos, nos vinculamos e nos responsabilizamos por aqueles os quais conhecemos. O contato prolongado com a comunidade permite repetidas oportunidades para colher informações, aumentando a compreensão da saúde dos indivíduos.

Contexto

As equipes de saúde devem vivenciar os contextos dos indivíduos e das famílias que são objeto de sua atenção. A delimitação territorial de sua atuação permite um olhar privilegiado sobre territórios-processos sociais específicos. A observação atenta dos cenários existentes permite inferir relações entre fatores condicionantes do estado de saúde-doença-saúde e melhor entendimento das relações familiares e suas relações com os problemas de saúde. Compreender como os problemas de saúde apresentam-se, alteram-se e evoluem, assim como a sua influência sobre as dinâmicas familiares e comunitárias, só é possível se as equipes se inserem e analisam o contexto em que os grupos vivem. A compreensão das circunstâncias sociais e ambientais é importante para o sucesso das ações de educação e vigilância.

Comunidade

Atuar na comunidade significa melhorar a capacidade de distinguir os melhores momentos para intervir por meio de estratégias de prevenção, educação e promoção, de acordo com os fatos vivenciados pela comunidade, reconhecendo que há uma responsabilidade profissional para com ela e que a presença da equipe na vida comunitária faz parte desse compromisso. A inserção comunitária é um dos princípios mais importantes da APS/AB, pois permite, além de fortalecer laços e participação, entender a prevalência de problemas de saúde e contar com a adesão de todos para as ameaças à saúde e as ações propostas.

Colaboração

É essencial construir uma relação de confiança, em que os profissionais da APS/AB exercem um constante diálogo, de forma a contribuir com os saberes e práticas profissionais sempre respeitando as visões e concepções dos indivíduos e famílias, a fim de buscar novos patamares de vida saudável e enfrentamento de problemas. É preciso ter capacidade para estabelecer empatia, consensos e acordos, desenvolvendo a compreensão mútua, com conhecimento e uso apropriado de várias formas de intervenção disponíveis sem imposições, para ajudar os pacientes a tomar as decisões mais apropriadas com base no balanço entre ganhos e perdas. A presença do profissional de APS/AB atuando de forma compreensiva e solidária pode se tornar uma atividade terapêutica fundamental.

Compassion (solidariedade)

Os sentimentos e emoções devem estar presentes nos relacionamentos do dia-a-dia da equipe. Neste sentido, estar solidário com os sofrimentos e expectativas das famílias é parte da tarefa da “humanização do cuidado”. Em lugar da lógica individualista da felicidade privada, a APS/AB é um espaço de construção de conjuntos, da paixão pelo comum, o que significa eleger a construção da liberdade e da alegria de estar em conjunto, adotar a afetividade e a (com)paixão. Ajudar a sofrer, ajudar a andar a vida são papéis tão importantes quanto qualquer outro tipo ou projeto de cuidado.

Compromisso

Tornar humano o cuidado é uma forma de dizer que as equipes de APS/AB têm compromisso com as expectativas que os indivíduos têm frente aos seus problemas e como poderiam se beneficiar com a utilização dos serviços de saúde. O limite entre um atendimento resolutivo ou não pode estar no simples fato de haver um compromisso para além dos atos técnicos. Os serviços de APS/AB devem funcionar obedecendo à lógica dos usuários, e não atendendo às conveniências dos profissionais, com compreensão à ética profissional e à sua importância para o paciente, assumindo a gestão contínua dos problemas dos seus usuários em quaisquer condições de saúde, sejam agudas, crônicas, recorrentes ou terminais. É positivo consultar os indivíduos e as comunidades acerca de decisões importantes como horários de atendimento, acesso a serviços e exames, onde buscar ajuda e informação, o que fazer em

casos de urgência e necessidade, e dar retorno das medidas tomadas; todos estes são exemplos de compromisso.

Conscientização

Reconhecer o paciente como um indivíduo único, com suas características, pode contribuir para modificar as maneiras como se obtém informação. É válido compreender como o indivíduo cria suas próprias explicações (como estrutura hipóteses) acerca da natureza dos seus problemas e de como eles devem ser manejados, constituindo processos em que os sujeitos tenham como premissa o direito à sua liberação para serem mais. Uma postura como a preconizada por Paulo Freire (1996): “quem ensina aprende ao ensinar, quem aprende ensina ao aprender”.

Para refletir

Esses princípios da Medicina Familiar estão presentes na prática dos profissionais da APS de sua localidade? Que elementos podem influenciar positivamente e que elementos influenciam negativamente para a incorporação desses princípios nas práticas dos profissionais da APS?

Anote suas conclusões.

A Estratégia de Saúde da Família e a promoção da saúde

Um dos principais desafios das políticas sociais em todo o mundo é a constituição de agendas que, por meio de intervenções sociais organizadas e de políticas públicas intersetoriais, visem a modificar determinantes socioambientais de doenças e agravos à base das necessidades de saúde da população. Fica claro que esta atuação não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e de seus profissionais.

O termo **promoção da saúde** está historicamente ligado a transformações dos comportamentos dos indivíduos. Entretanto, atualmente se caracteriza como o processo que leva indivíduos e comunidades a ampliar o controle sobre os determinantes de saúde e, por conseguinte, obter melhoria de sua saúde. Este processo passa a representar um conceito unificador para quem reconhece a necessidade de mudança nos modos e nas condições de vida. Inclui, portanto, aspectos como

alimentação e nutrição, habitação e saneamento, trabalho e educação e ambiente físico e social em que vivem as coletividades, que resultam em maior ou menor qualidade de vida (BUSS, 2000).

As equipes de SF podem contribuir com a tarefa da promoção da saúde:

- produzindo e disponibilizando o conhecimento a respeito dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença-saúde;
- construindo em conjunto com a comunidade as agendas sociais saudáveis;
- apontando formas de organização social e comunitária que garantam melhor qualidade de vida.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria n. 687/2006 SAS/MS) propõe um olhar voltado à promoção da saúde que integre as ações e serviços relacionados ao adoecer e aquelas relacionadas às condições de vida e às escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades:

Propõe-se então que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação das escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território em que vivem e trabalham (BRASIL, 2006b, p. 7).

Apesar da amplitude de temas e agendas que possam ser propostas e construídas neste campo, o Ministério da Saúde elegeu as seguintes prioridades:

- Alimentação saudável
- Prática corporal/atividades físicas
- Prevenção e controle do tabagismo
- Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas
- Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito
- Promoção do desenvolvimento sustentável.

ATIVIDADE FINAL DO MÓDULO 4

Com base no caso de Ana, e levando em consideração a sua região, faça uma proposta concreta de como a Saúde da Família poderia incorporar, em sua rotina de trabalho, ações de prevenção e a promoção da saúde relacionadas à atenção integral à saúde da mulher?

Para você fazer essa proposta de organização da atenção integral à saúde da mulher para a sua região, é necessário conhecer algumas informações, tais como as relativas à população feminina do seu território, bem como a oferta dos serviços existentes, considerando tanto os de atenção básica (ESF) como os demais serviços ambulatoriais e hospitalares de referência. Para tanto, consulte no *Caderno de Funções Gestoras e seus Instrumentos* os indicadores do Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab) do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Ao final, envie suas respostas para o tutor, utilizando o ambiente virtual de aprendizagem, ferramenta Envio de Atividades.



Saiba mais sobre os temas deste módulo visitando os sites:

- <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127138POR.pdf>. Pág. 29.
- http://www.mcsp.min-saude.pt/lms/content/page_123/whr08_en.pdf. Acesso em: 21 out. 2008.
- http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2006000600022&script=sci_arttext

Referências

ABRAMOVAY, M. et al. *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas*. Brasília: UNESCO; BID, 2002. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127138por.pdf>. Acesso em: jun. 2009.

ABREU D. M. X.; CÉSAR C. C.; FRANÇA E. B. Relação entre as causas de morte evitáveis por atenção à saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 21, n. 5, p. 282–291, 2007.

BOMFIM, R. L. D. *Agenda única de saúde: a busca do acesso universal e a garantia do direito à saúde*. Tese (Doutorado) – IMS, UERJ, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 71, 29 mar. 2006a.

_____. Portaria GM/MS 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União*, Brasília, 4 mar. 2008.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006b. 60 p.

BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

_____; FERREIRA, J. R. *Promoção da saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

CAMARGO JUNIOR, K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ; ABRASCO, 2005. p. 91-104.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001.

_____. ; MATSMUTO, N. F. Uma taxonomia operacional de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 35-39.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata, URSS. *Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência...* Brasília: Organização Mundial da Saúde; UNICEF, 1979.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. In: INTERCAMBIO III.2-1-2007: fortalecimiento de la integración de la atención primaria con otros niveles de atención del proyecto eurosocial salud: documento técnico. Rio de Janeiro, 2007.

DAGMAR, E. et al. *Você aprende: a gente ensina?: Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade Europep: instrumento de avaliação da satisfação do usuário*. Disponível em: <<http://europep.fe.uc.pt/reports/free/0000.pdf>>. Acesso em: jun. 2009.

FAUSTO, M. C. R.; MATTÁ, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. A. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2007. 240 p.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

GOULART, F. *Saúde da família: boas práticas e círculos virtuosos*. Uberlândia: EDUFU, 2007. 238 p.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dívida e das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ; ABRASCO, 2005. p. 279-292.

LALONDE, M. *A new perspective of the health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1974. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf>. Acesso em: 2 out. 2008.

MALETTA, C. H. M. *Bioestatística e saúde pública*. Belo Horizonte: Independente, 2000.

MARSIGLIA, R. M. G. Famílias: questões para o Programa Saúde da Família. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). *Família: redes, laços e políticas públicas*. 4. ed. São Paulo: IEPUCSP; Cortez, 2008. p. 169-174.

MATTOS, R. A. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ; ABRASCO, 2005. p. 33-46.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; ABRASCO, 2001.

_____; PINHEIRO, R. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; ABRASCO, 2003.

MCWHINNEY, I. R. *Textbook of family medicine*. 2nd. ed. New York: Oxford University Press, 1997.

MENDES, E.V. et al. *A rede de atenção à urgência e emergência: planejamento de oficinas a organização da rede de atenção à urgência e emergência*. Brasília: Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde, 2008. Mimeografado.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

_____. 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: CAMPOS, C. R. (Org.) et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o Público*. São Paulo: Xamã, 1998.

MOTTA, P. R. *Desempenho em equipes de saúde: manual*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Atenção primária à saúde: agora mais do que nunca*. Washington, DC, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Carta de Ottawa*. 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2008.

_____. *Renovação da atenção primária em saúde nas Américas*. Washington, DC, 2005.

PISCO, L. *Melhoria contínua da qualidade: curso monográfico*. Lisboa: [s.n.], 2005.

ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Medsi Ed., 1993.

SAWAIA, B. B. Família e afetividade: a configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). *Família: redes, laços e políticas públicas*. 4. ed. São Paulo: IEPUCSP; Cortez, 2008. p. 39-50.

SZYMANSKI, H. Ser criança um momento do ser humano. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). *Família: redes, laços e políticas públicas*. 4. ed. São Paulo: IEPUCSP; Cortez, 2008. p. 53-59.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, E. N. *Necessidade de saúde: mediações de um conceito*. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, 1991.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 153-162, 2002. Suplemento.

_____; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L.. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, a. 7, n. 2, abr./jun. 1998.

WONCA. *A definição europeia de medicina geral e familiar*: Wonca Europa. [S.l.], 2002. 40 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Primary health care: now more than ever*. Geneva, 2008.

5. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS

*Rosana Kuschnir, Luciana Dias de Lima,
Tatiana Wargas de Faria Baptista e Cristiani Vieira Machado*



A Constituição Federal de 1988 estabelece, no art. 198, que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 1988).

Mas, o que vem a ser uma rede? O que significa integrar ações e serviços públicos de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada?

Vamos começar com uma reflexão sobre o conceito de rede para então aprofundar a proposta de uma rede regionalizada e hierarquizada na saúde.

Neste módulo são apresentados os conceitos básicos acerca da rede de atenção à saúde, regionalização e hierarquização. Discute-se a origem do conceito de rede e o exemplo do sistema de saúde inglês. Em seguida, procura-se problematizar a implantação da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS com base em algumas características inerentes à realidade brasileira. Por fim, apresentam-se alguns elementos que devem ser levados em consideração na construção de uma rede de saúde.

Iniciando a conversa sobre as redes

A noção de rede remete a várias concepções e significados, estando presente em quase todos os sentidos a ideia de conexão, entrelaçamento, comunicação.

Assim, uma rede de ações e serviços de saúde também pressupõe conexões e comunicações. Quando se diz que um serviço de saúde está integrado numa rede, deve-se compreender que ele não conseguirá sozinho resolver as demandas que chegam a seu serviço e que terá que contar com outros serviços de saúde (de menor ou maior complexidade), bem como com outras redes que se articulam com o setor saúde e que lhe dão suporte, como a educacional, a de ciência e tecnologia, a de transportes e de infraestrutura, entre outros.

O funcionamento de cada uma dessas redes é fundamental para o desempenho do sistema de saúde. Afinal, como prestar um bom atendimento em saúde sem profissionais qualificados? Sem a adequada manutenção dos equipamentos? Sem medicamentos e insumos suficientes e adequados para a atenção? Sem condições físicas de trabalho? Sem condições gerais de vida e subsistência na localidade? Sem políticas de desenvolvimento para as diferentes localidades?

Para refletir

No planejamento local têm se considerado as variáveis econômicas e sociais que possibilitam a sustentabilidade e manutenção das ações de saúde desenhadas? O que tem sido feito na sua localidade para garantir maior integração entre as políticas e a articulação entre as redes?

Registre suas principais conclusões no Diário de Estudos.

Quando as variáveis econômicas e sociais não são consideradas no planejamento, os gestores enfrentam problemas diversos, como: a fixação dos profissionais nos serviços, a manutenção dos equipamentos, a garantia de medicamentos e insumos e tantas outras.

Essas questões remetem a uma compreensão bem mais complexa da organização da rede de ações e serviços de saúde e pressupõem políticas casadas de desenvolvimento social e econômico.

Considerando que o Brasil é um país extremamente desigual, com grande discrepância entre as regiões e no interior delas, é preciso que os gestores considerem no planejamento local as diferenças na própria composição dessas redes e as desvantagens que algumas localidades apresentam.

Trataremos de forma específica de redes de atenção à saúde visando explorar os seus conteúdos específicos, sempre entendendo-os na interação com outras redes e no contexto em que se inserem.

A proposta de construção de redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção à saúde não é peculiar ao caso brasileiro. Essa é uma estratégia utilizada por todos os países que implantaram sistemas de saúde com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, como Canadá, Reino Unido, Itália e Suécia.

A regionalização e a hierarquização também são diretrizes antigas para o Brasil, estando presentes em várias experiências de reordenamento do sistema de saúde, mesmo antes da criação do SUS. No entanto, é somente no bojo do movimento sanitário, que desembocou na Constituição Federal de 1988, que essas diretrizes assumem papel estratégico na política nacional, tendo como objetivo garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde de forma integral e equânime.

A construção de redes de atenção à saúde representa um desafio de enorme complexidade. Envolve uma série de questões, que vão desde o “desenho” das próprias redes – incluindo a definição dos vários equipamentos sociais e serviços de saúde que a compõem, suas diferentes funções, finalidades e modos de organização e funcionamento, as formas de articulação e coordenação das ações desenvolvidas, entre outros – até os mecanismos de estruturação e gestão do cuidado à saúde.

Redes de atenção à saúde: conceitos fundamentais

Uma rede de atenção à saúde constitui-se de um conjunto de unidades, de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população.

Os diversos equipamentos e serviços que compõem uma rede de saúde, na prática, funcionam como pontos de atenção ou lugares onde o cuidado à saúde é oferecido. Diferentes redes de atenção à saúde podem ser encontradas em decorrência das ações desenvolvidas, dos tipos de casos atendidos e das formas como estão articulados e são prestados os atendimentos. Redes de perfil mais abrangente integram ações

individuais e coletivas, voltadas para ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos principais problemas de saúde que acometem uma população de referência, admitindo, para isso, uma diversificação maior na composição das suas unidades.

Existe uma relação intrínseca entre a organização da atenção à saúde em rede e os objetivos da universalidade, equidade e integralidade. Em uma rede, os equipamentos e serviços não funcionam de forma isolada, responsabilizando-se conjuntamente pelo acesso, atenção integral e continuidade do cuidado à saúde das pessoas.

A construção de uma rede baseia-se na constatação de que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no espaço e no tempo, e envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custos. Assim, a organização dos serviços é condição fundamental para que estes ofereçam as ações necessárias de forma apropriada. Para isso, é preciso definir as unidades que compõem a rede por níveis de atenção (hierarquização) e distribuí-las geograficamente (regionalização).

Em um nível mais básico estariam as unidades dotadas de tecnologias e profissionais para realizar os atendimentos mais frequentemente necessários (ex.: vacinas, consultas com médicos generalistas, com médicos das especialidades básicas e com outros profissionais de saúde). Em um nível mais especializado, estariam situados os hospitais, os ambulatórios e as unidades de diagnose e terapia capazes de realizar aqueles procedimentos menos frequentemente necessários (ex.: cirurgia cardíaca, neurocirurgia, ressonância nuclear magnética, transplantes de medula óssea).

Em geral, são mais frequentes as doenças e agravos que necessitam de serviços de menor complexidade – ou de menor densidade tecnológica – para a sua prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento do que aqueles que necessitam de maior complexidade. Para utilizar exemplos extremos, felizmente, é possível verificar a ocorrência de mais casos de gripe, diarreia, diabetes e hipertensão leve do que certos tumores malignos. Essa elevada frequência de casos resulta em uma maior demanda de atendimentos de atenção básica. Portanto, para que se possa atender às necessidades de saúde de uma dada população as unidades de atenção básica devem ser distribuídas o mais amplamente possível no território.



A universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização são princípios do SUS definidos na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990). Esses princípios foram discutidos na Unidade de Aprendizagem I, “Fundamentos do Sistema Único de Saúde”. Para maior aprofundamento, revise esses conceitos sob a ótica da discussão sobre redes regionalizadas.

Para refletir

O fato de a atenção básica utilizar-se de tecnologias de menor complexidade significa que esse nível de atenção seja mais simples ou menos complexo?

O que se espera dos profissionais que atuam na atenção básica? Como garantir uma atenção básica e resolutive?

Pensando nesse âmbito da atenção, que elementos seriam importantes considerar na organização da atenção básica em sua localidade? Que dificuldades se apresentam e que estratégias poderiam ser desenvolvidas?

Registre sua análise sobre essas questões.

Por outro lado, alguns serviços pressupõem equipamentos sofisticados e caros e recursos humanos altamente especializados. O número de situações atendidas deve ser suficiente para que unidades especializadas e mais complexas não se tornem ociosas, impondo custos crescentes ao sistema de saúde.

Além da ociosidade, duas outras questões embasam a necessidade da maior concentração geográfica e ampliação da cobertura populacional destes serviços. A primeira diz respeito à economia de escala; a segunda, à qualidade.

A ideia da economia de escala está ligada à otimização dos recursos disponíveis. Quando se considera, por exemplo, um centro cirúrgico, há que se levar em conta toda a infraestrutura necessária para mantê-lo em funcionamento: o serviço de esterilização, o laboratório, a anatomia patológica, os serviços e contratos de manutenção de equipamentos. Boa parte desses gastos, inclusive os de pessoal, não varia com o número de atendimentos realizados (volume da produção). Portanto, manter uma sala cirúrgica apenas para realização de processos complexos é relativamente mais caro do que manter duas, sendo necessário otimizar os recursos disponíveis concentrando-os em poucas unidades.

Outro bom exemplo dessa situação é o das unidades de terapia intensiva (UTI). Do mesmo modo que para um centro cirúrgico, manter uma UTI com dois leitos é relativamente mais caro que manter uma UTI com dez leitos. Consideradas sob as mesmas condições e mantidas todas as outras variáveis, o custo médio dos procedimentos na primeira será mais caro que na segunda.

Quanto à qualidade, o volume de produção está relacionado à melhoria do desempenho dos serviços de saúde de maior complexidade. Dessa forma, dificuldades para manutenção da *expertise* do *staff* são maiores para um serviço de cirurgia cardíaca que realiza um procedimento por semana do que para um centro que realiza cinco cirurgias por dia. Não por acaso, um serviço, para que possa se tornar um centro formador de recursos humanos, deve manter uma produção mínima que permita o treinamento de profissionais.

Em resumo: na configuração de uma rede de atenção à saúde é preciso manter um número adequado de atendimentos prestados nas unidades mais complexas para que estas não fiquem ociosas, se beneficiem de economias de escala e apresentem padrões de qualidade reconhecidos. A concentração geográfica e ampliação da cobertura populacional dos serviços mais complexos são formas de garantir o acesso e sua utilização adequada por todos que deles necessitam, otimizando os recursos disponíveis no território.

Questões relacionadas à demanda, à otimização do uso de recursos disponíveis e à qualidade justificam a definição de bases populacionais e territoriais diferentes, na dependência das características e funções de uma dada unidade de saúde. Aquelas que prestam serviços de atenção básica podem possuir áreas e populações de referência mais restritas devido ao grande número de casos a serem atendidos. Além disso, áreas mais delimitadas podem facilitar a criação de determinados vínculos entre os profissionais e as pessoas atendidas que permitam o reconhecimento de suas necessidades de saúde e o desenvolvimento de práticas mais integradoras (de promoção, prevenção e assistência). Unidades mais complexas precisam de áreas e populações mais abrangentes, o que não diminui a responsabilidade dos profissionais que ali atuam em elaborar um plano de cuidados suficientemente abrangente para suprir as necessidades do usuário. Não se pode esquecer que a ideia de uma rede pressupõe responsabilização e articulação entre todos os seus componentes.

Outras variáveis também devem ser consideradas na organização das redes de atenção à saúde, como as distâncias e dificuldades de acesso da população, que não necessariamente estão contempladas nas análises de cunho puramente econômico.

Estes são alguns dos desafios que se colocam para o planejamento e a programação de redes de atenção à saúde, e exigem uma série de informações e conhecimentos específicos.

Para refletir

Como traduzir o conceito de rede para uma realidade concreta em que se expressam diferentes padrões de ocorrência, distribuição de problemas de saúde e de acesso aos serviços de saúde? Como adequar os equipamentos sociais e serviços de saúde aos recursos e tecnologias disponíveis para o controle de agravos e doenças?



Para refletir mais sobre essas questões, veja as funções gestoras no *Caderno de Funções Gestoras e seus Instrumentos*.

Outra questão central para o estabelecimento de uma rede diz respeito à capacidade de resolução dos problemas de saúde atribuídos para cada nível do sistema. É comum a afirmação de que a atenção básica (muitas vezes considerada porta de entrada do sistema, primeiro nível da atenção à saúde ou atenção primária em saúde) é capaz de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde de uma população (STARFIELD, 2002). Para isso, é preciso identificar e mensurar os problemas de saúde que se quer controlar no âmbito da atenção básica, definir as funções e tipos de ações a serem realizadas, selecionar, organizar e equipar as unidades e qualificar adequadamente os profissionais de saúde que nela atuam.

Uma alta capacidade de resposta da atenção básica é fundamental para o funcionamento das redes de atenção à saúde. Ela determina, ainda, a identificação de situações que necessitam de atendimento especializado e a garantia do acesso aos demais níveis de complexidade do sistema. Mas a capacidade de resposta da atenção básica também depende do desempenho dos serviços diretamente associados a ela nessa rede. Veja um exemplo: para um bom controle dos casos de câncer de colo de útero é preciso uma resposta rápida do laboratório de citopatologia. Se o laboratório tarda a responder, um caso que poderia ser tratado na atenção básica passa a necessitar da atenção especializada. O problema na lenta resposta do laboratório pode se dar por carência de profissional, por serviços indisponíveis ou por outras questões que extrapolam a organização da atenção básica e mesmo o setor saúde e precisam ser considerados no planejamento de uma rede.

Por outro lado, não podemos desconsiderar que para um mesmo problema de saúde existem diferentes composições de recursos e tecnologias que geram resultados comparáveis, em termos de indicadores

de saúde e satisfação do usuário. Na verdade, não existe uma maneira ideal de organizar e prover o cuidado à saúde nos diversos pontos da rede, devendo este se adequar aos contextos e realidades sociais, visando ao atendimento das necessidades de saúde.

O território também é uma dimensão fundamental no conceito de rede. A magnitude dos problemas de saúde varia significativamente de um lugar para o outro, interferindo nas definições da composição de cada nível da atenção à saúde. Por outro lado, dinâmicas territoriais específicas exprimem determinados modos e ritmos de vida das pessoas, que podem influenciar decisões a serem tomadas quanto à localização dos serviços de saúde, suas áreas de cobertura, formas e horários de funcionamento (MATTOS, 2007).

Uma região de saúde, portanto, constitui-se como base territorial e populacional para o planejamento de redes de atenção à saúde. Valendo-se de critérios técnicos e políticos, sua delimitação busca dar coerência às diferenciações espaciais visando instrumentalizar a própria ação política na saúde.

Partindo das concepções de Santos e Silveira (1996), a regionalização é uma delimitação do território usado. Mas o que significa a expressão território usado?

Na visão desses autores, para a definição de qualquer pedaço do território, não é possível tratar de forma separada a materialidade – incluindo os elementos da natureza e as estruturas que o conformam – e seu uso – como expressão de toda ação humana, isto é, do trabalho e da política. O território também reflete ações passadas e presentes. Portanto, as configurações territoriais são sempre o conjunto dos sistemas naturais (relevo, clima, hidrografia etc.), e dos objetos técnicos e de engenharia historicamente herdados e estabelecidos por uma sociedade e das ações humanas realizadas sobre ele.

Considerar a noção de **território usado** no planejamento em saúde significa perceber a dinâmica de cada território, a mobilidade das pessoas, o que possibilita ou não a permanência das pessoas no território, dentre outras questões. Assim, uma cidade-dormitório traz questões específicas para a organização do sistema de saúde, dificultando, por exemplo, a organização da atenção básica com horários de atendimento restritos

à prática diurna. Outro exemplo são as localidades que não conseguem fixar seus profissionais na atenção por carências diversas na região. A falta de escolas, de saneamento e de vida produtiva torna-se um importante empecilho a considerar na organização de um sistema de atenção e indica a necessidade de políticas mais amplas de desenvolvimento regional para dar suporte às políticas públicas.

Vários fatores podem interferir na definição das regiões de saúde, entre eles: área total; distâncias geográficas a serem percorridas pelos usuários dos serviços de saúde; características viárias que repercutem nas condições de acesso às unidades de saúde; tamanho, perfil demográfico e epidemiológico e características culturais e socioeconômicas das populações; história e características de ocupação do território; infraestrutura de bens e serviços existentes; fluxos populacionais e relações de dependência e complementaridade entre os lugares.

No Brasil, pela diversidade encontrada, não é possível pensar um único modelo para a regionalização da saúde no país, estados e municípios. Pelo contrário, o próprio processo de regionalização em voga exprime-se pela necessidade de lidar de forma coerente e mais efetiva com a diversidade de lugares existentes (VIANA et al., 2008).

Por outro lado, a região de saúde, por sua natureza, também reflete uma dada autossuficiência em ações e serviços concebida no processo de planejamento. A autossuficiência expressa o maior nível de complexidade a ser garantido pela política loco-regional. Em outras palavras, o quanto a rede constituída no território é capaz de suprir as necessidades de saúde da população que ali reside, com o mais alto grau de resolução possível para os problemas identificados.

Finalmente, em uma rede, a responsabilização pela atenção ao paciente e a articulação entre as unidades deve ser efetiva, para garantir não apenas o acesso nominal, mas a continuidade do cuidado. Ela pressupõe que os usuários sejam encaminhados e atendidos em unidades mais complexas do sistema quando necessário e que possam retornar à sua unidade de origem (correspondente a um nível mais básico do sistema) para acompanhamento (mecanismo de referência e contrarreferência). Isso implica um fluxo adequado de informações entre as unidades que compõem o sistema, sejam elas hospitais ou postos de saúde, públicas ou privadas credenciadas ao SUS, situadas em diferentes municípios ou estados.

Os conceitos aqui apresentados serão mais bem aprofundados ao longo deste texto.

VOCÊ SABIA?

A primeira proposta de um modelo de rede de atenção à saúde foi apresentada pelo Relatório Dawson, na Inglaterra, em 1920. Em seu relatório, lord Dawson propunha pela primeira vez a definição de bases territoriais e populações-alvo – ou seja, regiões de saúde. Essas populações seriam atendidas por unidades de diferentes perfis, organizadas de forma hierárquica.

Assim, propôs que a “porta de entrada” no sistema fosse um centro de saúde, que empregaria os general practitioners (GPs) – os médicos generalistas ingleses, que já então clinicavam de forma autônoma. Esses centros de saúde, localizados em vilas, estariam ligados a um centro de saúde mais complexo, já então denominado secundário, e os casos que não pudessem ser resolvidos aí seriam referenciados aos hospitais – no modelo proposto, hospitais de ensino. Os generalistas, então, teriam a função de definir a forma como o paciente “caminha” pelo sistema, e isso rendeu-lhes o nome de gate-keeper (o porteiro, o que toma conta da porta). É interessante observar como os conceitos que hoje utilizamos e discutimos, como porta de entrada, regiões e níveis de complexidade, entre outros, já estavam delimitados e claramente definidos no relatório de 1920.

A proposta do relatório Dawson, embora solicitada pelo governo, não foi implementada e o sistema de saúde britânico – o primeiro sistema de saúde público e universal do Ocidente – seria criado apenas 28 anos depois, em 1948, após o fim da Segunda Guerra Mundial. Embora o primeiro nível do modelo de saúde britânico não tenha sido baseado em centros de saúde, todas as demais características da rede de serviços proposta por Dawson – bases territoriais, populações-alvo, diferentes unidades com diferentes perfis de complexidade, organizadas de forma hierarquizada, porta de entrada, mecanismos de referência – foram adotadas.

PARA PESQUISAR

Você já viu, na Unidade de Aprendizagem I, “Fundamentos do Sistema Único de Saúde”, a conformação dos Colegiados de Gestão Regionais (CGR). Agora verifique se existe algum plano voltado para a regionalização dos serviços de saúde (ou montagem de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços) em seu estado. O que esse plano inclui? Em que região o seu município está situado?

Procure fazer o levantamento da existência de algum documento que retrate esse plano, analise seu conteúdo e discuta com os demais membros de sua equipe.

Por fim, registre o resultado de suas pesquisas e que podem ser compartilhadas com seus companheiros de equipe.

Dilemas para a construção da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS

Várias características inerentes ao sistema de saúde brasileiro e à realidade do país trazem problemas adicionais à construção das redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção à saúde no âmbito do SUS. Procuraremos ressaltar aqui alguns aspectos que nos parecem mais relevantes.

Em primeiro lugar, dadas as características da federação brasileira, uma região de saúde pode abranger várias cidades (municípios), englobar uma cidade (município) e sua periferia ou ser parte de uma cidade (município) e pode (ou não) coincidir com a divisão administrativa e política do país ou estado. A repartição de um território político-administrativo ou sua agregação em uma mesma região de saúde vai depender das características dos diferentes municípios e estados envolvidos. Além disso, existem dinâmicas territoriais próprias de determinados lugares que devem ser levadas em consideração, como aquelas relacionadas às áreas metropolitanas e regiões fronteiriças.

Também não se pode desconsiderar que os limites político-territoriais não funcionam como barreiras geográficas de proteção à saúde das pessoas, nem interrompem os fluxos de pacientes que, porventura, estejam à procura de serviços que atendam às suas necessidades e expectativas. Dessa forma, é muito difícil separar de forma tão nítida os espaços territoriais de influência política de cada esfera de governo, o que indica a necessidade de criação de mecanismos de responsabilização e gestão compartilhada das redes de atenção à saúde, como os conselhos intergestores, os CGRs e os consórcios intergovernamentais em saúde.

OS CONSÓRCIOS INTERGOVERNAMENTAIS EM SAÚDE

Os consórcios intergovernamentais em saúde representam parcerias estabelecidas entre entes de governo visando o alcance de interesses comuns, em geral com a finalidade de ampliar o acesso da população a determinados tipos de ações e serviços de saúde, dadas as limitações das condições de oferta dos municípios e estados do país.



Apesar de existirem consórcios de saúde antes mesmo da Constituição Federal de 1988, os consórcios, principalmente entre municípios, proliferaram de forma expressiva na segunda metade da década de 1990, de forma associada ao processo de descentralização. De certa forma, o aumento dos consórcios intermunicipais foi um meio de buscar solucionar as limitações relacionadas ao processo de municipalização acelerado em uma federação marcada por grande proporção de pequenos municípios que não têm condições de garantir isoladamente a oferta de serviços necessária à atenção da saúde da população em seu âmbito territorial.

A área da saúde é a que mais apresenta consórcios no país. Em 2005, segundo dados da FIBGE, mais de 34% dos municípios brasileiros participavam de consórcios intermunicipais de saúde. No entanto, não existiam estudos detalhados sobre os propósitos e estruturas desses consórcios, havendo suposições de que as suas realidades de funcionamento sejam muito variadas.

Os consórcios são de diferentes tipos, podendo se voltar para a solução de problemas específicos (ex.: atenção à gestante e parturiente) ou para organizar um conjunto de serviços de atenção secundária e terciária na saúde.

Grosso modo, a maior parte dos consórcios conformados no Brasil até o início dos anos 2000 surgiu das iniciativas dos municípios, embora em alguns estados tenha ocorrido um processo de fomento ou apoio da secretaria estadual à conformação de consórcios intermunicipais de saúde. Outra característica predominante nos consórcios existentes é a adoção de personalidades jurídicas de direito privado. Em algumas situações, tal movimento gerou certa confusão no âmbito da definição de papéis entre o estado e os consórcios. Além disso, assinalem-se as dificuldades na operacionalização do aporte de recursos públicos para o funcionamento de consórcios organizados nesses moldes.

Em função da grande quantidade de consórcios e da inexistência de uma regulamentação específica voltada para a conformação de consórcios públicos, houve uma intensificação do debate no Executivo e no Legislativo, a partir de 2003, que culminou na aprovação de uma Lei dos Consórcios Públicos em 2005 (BRASIL, 2005), posteriormente regulamentada por decreto (BRASIL, 2007). Cabe destacar a complexidade do processo de conformação de consórcios pelas novas regras, que impõem uma série de passos e de negociações, incluindo a aprovação das propostas nas câmaras de vereadores de todos os municípios envolvidos.



Ademais, o SUS engloba um conjunto bastante amplo e diversificado de ações e serviços. Tal como definido na Lei n. 8080/90, o SUS apresenta-se como “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, pres-

tados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990). Estão incluídas nessa definição:

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

Assim, diferentes lógicas de organização das ações e serviços de saúde do SUS se expressam no território, sendo orientadas segundo critérios diversos: tipos de serviços envolvidos (ambulatoriais, hospitalares de diversos tipos, domiciliares, de urgência e de emergência), níveis de complexidade da atenção à saúde (atenção básica, média e alta complexidade), direcionalidade das ações desenvolvidas (agravos, grupos populacionais e áreas específicas da atenção à saúde) e atenção à saúde (Estratégia Saúde da Família, vigilância à saúde), papel desempenhado no sistema de saúde (produção de insumos, atendimento direto à população).

Sabe-se ainda que, quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços prestados pela iniciativa privada. O SUS, portanto, não é composto somente por serviços públicos, mas integra vários serviços privados, principalmente hospitais e unida-

des de diagnose e terapia, que são remunerados com recursos públicos destinados à saúde. Cabe ainda ressaltar a forte presença do segmento privado suplementar em várias regiões do país. Os tipos de relações público-privadas existentes no Brasil são fundamentais para compreensão da regionalização, imprimindo lógicas diferenciadas na conformação da rede regionalizada de atenção à saúde (VIANA et al., 2008).

Outro aspecto a ser considerado diz respeito às imensas desigualdades socio-econômicas e territoriais que demarcam a realidade brasileira e repercutem na distribuição dos serviços de saúde. A oferta de serviços no SUS é bastante desigual e as modalidades de atendimento que compõem o sistema de saúde não se distribuem uniformemente no espaço, o que dificulta muito a definição da autossuficiência das regiões em territórios contínuos.



Leia o estudo de Oliveira, Carvalho e Travassos (2004), publicado nos *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 386-402 e disponível na página eletrônica do Scielo (<http://www.scielo.br>).

O estudo investiga dois tipos de redes estabelecidas pelos fluxos de pacientes para os serviços de saúde no Brasil: a de atenção hospitalar básica e a de atenção de alta complexidade, que é condicionada pela distribuição dos serviços.

DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

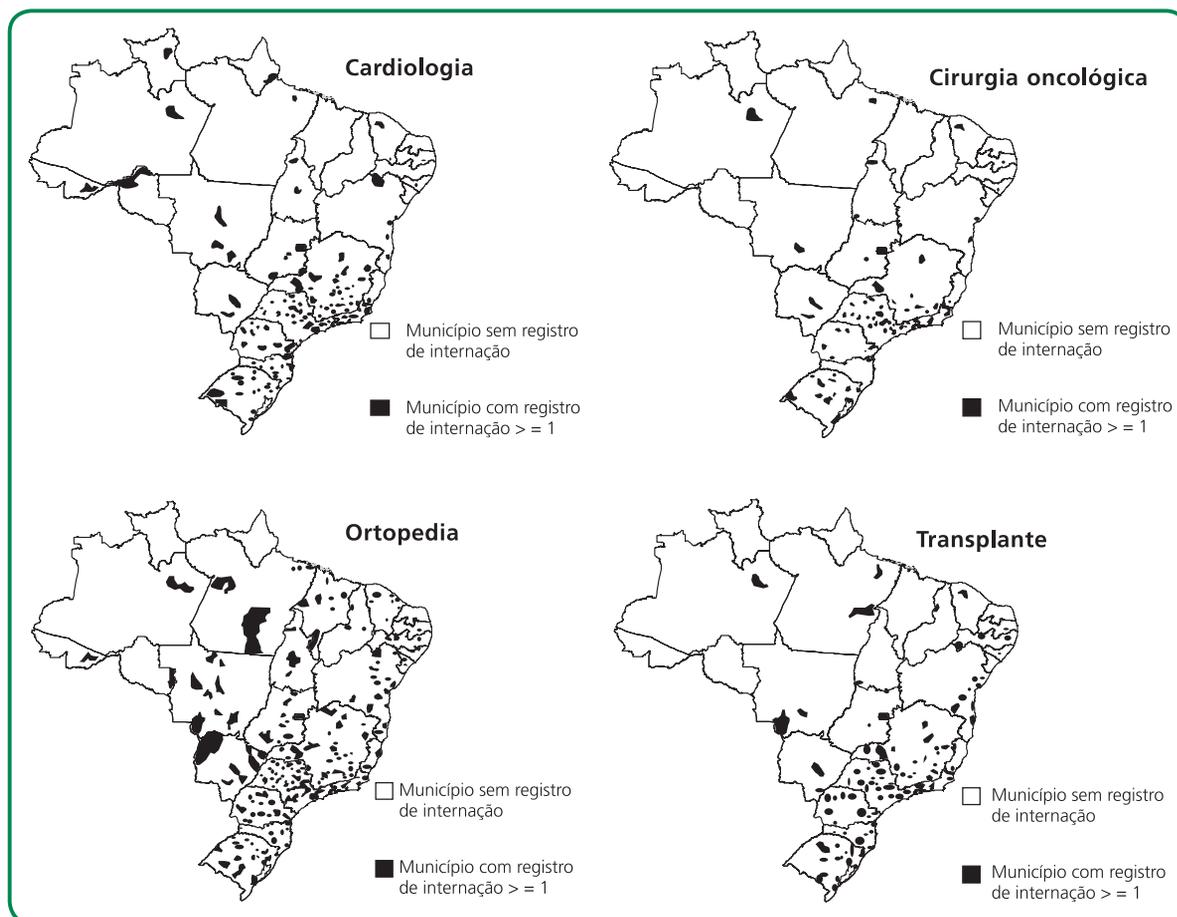
Embora a última Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária realizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (AMS/FIBGE) tenha registrado aumento no número de estabelecimentos de saúde em todas as regiões brasileiras, reduzindo de 146, em 2002, para seis, em 2005, o número de municípios sem estabelecimentos de saúde ativos de qualquer tipo, as desigualdades na distribuição espacial dos serviços de saúde permanecem.

Enquanto no total do país os estabelecimentos de menor complexidade respondem por 49,3% do atendimento ambulatorial, na região Norte existe um maior peso desse tipo de estabelecimento (76,5%), seguida pela região Nordeste (69,7%). No outro extremo, na região Sudeste, os estabelecimentos de menor complexidade respondem por somente 26,7% dos atendimentos realizados em estabelecimentos sem internação. De fato, apesar da expansão do Programa de Saúde da Família e do aumento da cobertura de serviços na atenção básica, segundo a última Pesquisa AMS/FIBGE ainda é comum nas regiões Norte e Centro-Oeste a existência de estabelecimentos que oferecem atendimento ambulatorial sem médico. São, respectivamente, 40,2% e 23,3% dos estabelecimentos sem internação nessas regiões, em contraposição a apenas 9,4% na região Sul.

No que diz respeito aos serviços de maior densidade tecnológica, a situação de iniquidade é ainda mais grave. Os mapas da Figura 1 ilustram a distribuição nacional de serviços de alta complexidade existentes nas áreas de cardiologia, cirurgia oncológica, neurológica e transplantes. Ainda que não seja possível, nem desejável, a existência desses serviços em todos os municípios do país – face à necessidade de economia de escala e de garantia de qualidade da atenção –, os dados apontam uma excessiva concentração de unidades de alta complexidade nas regiões Sudeste e Sul e em poucos municípios das

demais regiões. Isso alerta para o risco de que a população residente em vastas áreas do país desprovidas desses serviços tenha maiores dificuldades de acesso a procedimentos de alta complexidade nos casos necessários.

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



Fonte: Brasil (2005a).

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

PARA PESQUISAR

Procure saber se os registros sobre os estabelecimentos de saúde da sua região estão compatíveis com a realidade, ou seja, a informação está atualizada? Para subsidiar a realização dessa atividade, utilize o *Caderno de Funções Gestoras e seus Instrumentos*.

Registre os resultados de sua pesquisa no Diário de Estudos.

Frente às características destacadas, algumas questões se colocam para a gestão do SUS: como articular os diferentes gestores para promover uma integração da rede de atenção à saúde que transcenda o espaço político-administrativo de um município ou estado no âmbito das regiões de saúde? Como articular as diferentes unidades de saúde que compõem o SUS em uma mesma rede de atenção à saúde? Como superar as dificuldades nas condições de oferta e acesso diferenciado da população às ações e serviços de saúde?

É certo que, no decorrer da evolução da política de saúde e do processo de descentralização do SUS, vários mecanismos e instrumentos foram desenhados na tentativa de responder a estes grandes desafios.

A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E SEUS INSTRUMENTOS

A partir dos anos 2000, a regionalização tem ocupado papel de destaque no âmbito da política nacional de saúde, sendo considerada a diretriz que “orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores” (BRASIL, 2006).

Para o desenho e consolidação das regiões de saúde são propostos alguns instrumentos, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos em Saúde (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI).

Você pode encontrar mais informações sobre esses instrumentos na página eletrônica do Ministério da Saúde, inclusive as definições mostradas a seguir:

O PDR é o instrumento de ordenamento do processo de regionalização da atenção à saúde. Deve ser elaborado dentro de uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, de modo a otimizar os recursos disponíveis. Esse processo de reordenamento visa reduzir as desigualdades sociais e territoriais, propiciando maior acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2008).

O PDI apresenta os investimentos necessários para atender as prioridades identificadas no PDR, visando ampliar as ações e serviços de saúde existentes de modo a conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde (BRASIL, 2008).

A PPI é o instrumento de programação e alocação de recursos da assistência. Envolve a definição, a negociação e a formalização de pactos entre os gestores, com o objetivo de estabelecer os fluxos assistenciais das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, bem como os limites financeiros destinados a cada município, com explicitação das parcelas destinadas à assistência da população e as referências recebidas de outros municípios (BRASIL, 2008).

Para refletir

Você conhece o PDR de seu estado? Caso ele esteja disponível, procure verificar os seguintes aspectos:

Foram identificados fluxos assistenciais? Quais?

Como foram definidos os recortes territoriais?

Questões relacionadas à construção da rede de atenção à saúde

A construção de uma rede de atenção à saúde deve considerar as especificidades dos diferentes serviços de saúde disponíveis e o papel atribuído a cada um deles na organização da atenção e na gestão do sistema. A seguir serão abordados os níveis de atenção e os serviços existentes mais comumente nos sistemas de saúde na atualidade.

O primeiro nível de atenção

As funções do primeiro nível de atenção à saúde podem ser definidas com base em três eixos principais:

- valores: atenção, acolhimento, pertencimento, confiança, responsabilização;
- produção de ações e serviços de distintas naturezas: promoção e prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento;
- ordenamento do sistema.

Para cumprir estas funções, ou parte delas, os países optam por diferentes composições de recursos – generalistas autônomos, generalistas em centros de saúde, equipes em centros de saúde, policlínicas etc. – que expressam possibilidades distintas de articular os recursos e as ações de saúde.

A questão central em relação ao primeiro nível de atenção é que, para cumprir estas funções, ele também precisa ser “dotado de complexidade”. Complexidade que não se expressa necessariamente em equipamentos, mas na qualidade dos recursos humanos e pelas articulações funcionais que garantam acesso aos demais níveis do sistema.

Para que a atenção básica exerça seu papel na organização do sistema, é preciso considerar que suas ações não se restringem às medidas de promoção e prevenção à saúde, essenciais no desenvolvimento de ambientes saudáveis e no controle das doenças, mas também se aplicam no atendimento efetivo aos problemas de saúde da população e no encaminhamento das demandas conforme as necessidades que se apresentam, bem como na reabilitação dos casos.

Assim, uma situação que às vezes influencia a baixa resolutividade do primeiro nível é a noção de que é possível resolver a maior parte dos problemas de saúde apenas por meio de medidas de promoção da saúde e de prevenção. Isto pode se aplicar para determinados perfis epidemiológicos ligados à extrema pobreza e caracterizados por doenças infecciosas e parasitárias, mas não será suficiente em outras situações que demandam mudanças mais complexas.

Um bom exemplo são as doenças crônicas degenerativas – as cardiovasculares, o diabetes e algumas neoplasias; trabalhar segundo a lógica da prevenção implica mudanças relacionadas aos hábitos (ou estilos) de vida, tais como uma alimentação saudável e balanceada, a prática regular de atividade física, o controle do estresse, do consumo excessivo de álcool e do fumo. Ou seja, não será com uma medida isolada que se terá sucesso na prevenção dessas doenças; elas exigem uma mudança cultural, bem como definições políticas e ações de longo prazo para que se possa alcançar uma mudança no perfil de adoecimento. Isso se dá também em outras situações altamente prevalentes, como o câncer de mama, cujas ações de prevenção estão voltadas para a detecção precoce da doença e redução de suas sequelas.

PARA PESQUISAR

Na prática clínica, individual e coletiva, são empregadas medidas de vários níveis de prevenção – primária, secundária e terciária – que se relacionam às diferentes fases de desenvolvimento de uma doença. A prevenção primária está voltada para a redução ou eliminação da exposição do indivíduo e das populações a fatores de risco que são associados ao aparecimento de novos casos da doença. A prevenção secundária refere-se à detecção precoce de doenças em programas de rastreamento, tais como a mamografia



anual visando à detecção do câncer de mama, a colpocitologia (ou exame de Papanicolaou) para detecção precoce do câncer de colo do útero ou de suas lesões precursoras, com o objetivo de impedir a sua evolução e duração. Finalmente, temos medidas que visam prevenir complicações e incapacidades relacionadas às doenças, consideradas como de prevenção terciária.

Os três tipos de medidas preventivas podem ser empregados em um mesmo caso. Você saberia apontar algumas dessas medidas para, por exemplo, o caso de fraturas em pessoas idosas? De que forma os serviços de atenção básica poderiam incorporar (ou não) estas medidas? Que outros serviços poderiam ser acionados?

Procure reunir informações a respeito. Busque saber se esta é uma situação frequente em seu município e procure identificar as ações de natureza preventiva que poderiam ser incorporadas aos serviços que compõem o seu sistema local de saúde.



Para a resolução de boa parte dos casos mais comuns que se apresentam ao sistema de saúde, são necessárias também medidas de tratamento e acompanhamento, muitas vezes com necessidade de atendimento por diferentes profissionais de saúde. Além dos médicos e enfermeiros, presentes em grande parte das unidades de atenção básica, é importante assegurar o acesso das pessoas, por exemplo, a serviços de odontologia, fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia, frequentemente necessários para dar conta de problemas de saúde comuns.

A resposta adequada a esses problemas de saúde exige também, muitas vezes, o emprego de medicamentos e a realização de exames laboratoriais e de imagem para diagnóstico e/ou seguimento dos casos. Quando o primeiro nível não cumpre este papel, a única alternativa que resta ao paciente é buscar o serviço de emergência.

Assim, a proposta de montagem de um nível primário de muito baixa densidade tecnológica implica que este não tenha grau de resolutividade e não seja capaz de resolver 80% dos problemas de saúde de uma população, transformando-se, quando muito, em mero mecanismo de triagem.

O cuidado ambulatorial de especialidades

Um modelo comumente observado na organização de sistemas públicos de saúde é o de especialidades ou de serviços cujo acesso se dá por referência,

a começar do primeiro nível. Por isso, esses serviços acabam sendo denominados como de nível secundário. Na medida em que existem diferentes definições acerca de que especialidades devem ser ofertadas no primeiro nível (especialidades médicas e não médicas), também existem distintas composições de especialidades no nível secundário ambulatorial.

Para os diversos casos de doença ou agravo, as definições acerca da composição da oferta em cada nível se dão em função do tamanho da população e da densidade demográfica, do perfil epidemiológico e dos recursos disponíveis. Da mesma forma, há diferentes modos de organizar a atenção ambulatorial especializada, que tanto pode ser ofertada em hospitais como em unidades ambulatoriais autônomas.

Novas formas de prestação do cuidado vêm modificando o modo de organização e provisão dos serviços ambulatoriais e as características do hospital. Observa-se grande expansão do cuidado ambulatorial, seja pela transferência de casos que anteriormente seriam tratados por meio de internações hospitalares, seja pela incorporação de novas tecnologias que tendem a tornar os ambulatórios cada vez mais complexos.

PARA PESQUISAR

Um exemplo de incremento tecnológico em nível ambulatorial está relacionado ao emprego de técnicas anestésicas e de cirurgias minimamente invasivas, que não requerem mais internação.

Você saberia identificar outras mudanças relacionadas às práticas assistenciais que implicam a expansão dos serviços ambulatoriais? Faça uma lista de situações e discuta com os demais membros de sua equipe de saúde. Veja no *Caderno de Funções Gestoras e seus Instrumentos* portarias relativas a esse tema.

E lembre-se de anotar os resultados da atividade no seu Diário de Estudos.

Os serviços de diagnóstico e de terapia

Os serviços de diagnóstico e terapia são comumente denominados “complementares” na prestação de serviços clínicos. Os de diagnóstico englobam os laboratórios clínicos e de anatomia patológica e os serviços de imagem, entre outros. As unidades de terapia mais comumente referidas são as de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e hemoterapia.

Embora muitas vezes tratados como um grupo homogêneo, cada um destes serviços insere-se de forma distinta no processo de cuidado.

Os laboratórios de análises clínicas podem ser organizados de forma concentrada ou dispersa em diferentes unidades de saúde. Essa última é a forma mais comumente encontrada em serviços públicos. No entanto, isso não significa que seja a forma mais racional de organizá-los.

A concentração da realização de exames em poucas unidades, com coleta desconcentrada, é a forma de organização mais frequente do setor privado. Desta forma, os equipamentos são capazes de produzir muito mais exames que a maior parte das unidades é capaz de gerar individualmente, introduzindo-se o benefício da economia de escala.

VOCÊ SABIA?

Que muitos dos insumos necessários para a realização de exames laboratoriais estão disponíveis em *kits* que se destinam a um número grande de procedimentos? Assim, duas opções são possíveis: ou abre-se o *kit* para a realização de um exame e perde-se o restante do material ou o paciente deve aguardar até que apareçam outros casos e o *kit* possa ser aberto. Evidentemente, do ponto de vista da organização de uma rede de atenção à saúde, nenhuma das duas opções parece razoável.

Com exceção dos serviços de emergência que devem dispor de laboratórios adequados ao seu nível de complexidade, boa parte dos exames gerados em uma rede pode ser realizada em poucas unidades de saúde, geridas de forma independente e eficiente. Por sua vez, a coleta do material para exame pode ser realizada na unidade de origem, dispensando o deslocamento do paciente.

Os serviços de diagnóstico por imagem são de outro tipo e também se beneficiam enormemente da economia de escala. Os equipamentos, em geral bastante caros, só podem ser mantidos em toda a sua capacidade potencial caso estejam funcionando em vários turnos ao dia e, em alguns casos, durante 24 horas. Os recursos humanos, tanto para a realização do exame como para interpretação de seus resultados, são especializados, escassos, e se beneficiam de maior volume de produção

para manutenção da qualificação. Os insumos necessários podem ser obtidos a melhores preços no mercado se as compras forem centralizadas, assim como os contratos de manutenção permanente para os prédios e equipamentos.

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

Para refletir

Em sua localidade, quais os principais problemas enfrentados pela população, tendo em vista a forma de organização/estruturação dos serviços de diagnóstico e terapia?

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

Os serviços de anatomia patológica são dirigidos a populações mais amplas que os serviços de laboratórios clínicos e, da mesma forma, há distinção de níveis de complexidade de equipamentos, insumos e recursos humanos para a realização de diferentes exames. Assim, cabe avaliar em que situações tais exames deverão ser centralizados em um único serviço de referência.

A própria coleta do material e sua preparação para a realização do exame é complexa, assim como sua interpretação, o que pode ser cons-

tatado pelos inúmeros problemas observados em relação aos exames colpocitológicos para controle do câncer de colo uterino.

Com relação aos serviços de terapia, sua característica é a realização de procedimentos que compõem parte de um processo de cuidado mas que se constituem em subprocessos, tais como as sessões de quimioterapia, radioterapia ou hemodiálise. Os dois primeiros são parte da atenção ao pacientes oncológicos; o terceiro, ao paciente renal crônico.

O sistema de pagamento por procedimentos – especialmente quando se trata de procedimentos bastante lucrativos – tende a estimular a constituição de serviços de terapêutica “independentes”, isolados, que, neste caso, contribuem para a fragmentação do cuidado e não permitem a responsabilização pela atenção integral ao paciente.

Os serviços de emergência e urgência

As emergências são definidas como condições que ameaçam a vida. Podem ser oriundas de trauma (causas externas) ou de situações clínicas (infarto agudo do miocárdio e apendicite aguda, entre outras). As urgências são condições que não representam ameaça iminente à vida, mas podem vir a fazê-lo ou acarretar significativo grau de invalidez se não tratadas a tempo.

A maioria dos casos atendidos em serviços de emergência não pode ser considerada emergência ou urgência. Este é um problema identificado em vários países, como Dinamarca, Suécia, Nova Zelândia, Estados Unidos e Reino Unido, entre outros, ainda que com percentuais bem mais baixos que os evidenciados no Brasil.

Caberia questionar então quais necessidades estão sendo atendidas pelo setor de emergência que não o estão sendo em outros níveis do sistema. Quando há insuficiência na atenção primária, a emergência pode se tornar a única “porta de entrada” do sistema. Mas se há uma rede estabelecida, o serviço de emergência pode ser buscado realmente porque há necessidade de atendimento imediato.



Conheça a Portaria n. 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005, da Atenção Oncológica, disponível no CD e na biblioteca do curso. A portaria também pode ser consultada no site <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>.

PARA PESQUISAR

Em sua região de saúde, onde são atendidos os casos de urgências e emergências? Caso exista um pronto-socorro ou um grande serviço de emergência na região, você saberia dizer quais os principais motivos de atendimento nessas unidades? De que forma alguns desses casos poderiam ser atendidos por outros serviços existentes? O que esses casos poderiam indicar em relação ao sistema regional de saúde?

Procure reunir informações a respeito junto às unidades de saúde ou nas bases de dados disponíveis em sua região de saúde.

Registre na biblioteca da turma, disponível no AVA, os achados de seu levantamento, de modo a subsidiar a participação de todos no fórum.

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

A primeira certamente é a organização da atenção básica de forma que ela contemple o problema do acesso. Por exemplo, uma unidade básica cujo acesso é determinado por um número limitado de senhas distribuídas pela manhã ou cujo funcionamento se dá em horário restrito na prática está impondo barreiras de acesso que levarão inevitavelmente à procura pelos serviços de emergência.

Além de um primeiro nível que garanta resolutividade e acesso, podem ser instituídos centros de tratamento de trauma sem severidade, serviços para o tratamento das urgências, serviços de aconselhamento por telefone, atendimento domiciliar de urgência.

O atendimento às emergências é composto por atendimento pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação. O atendimento pré-hospitalar pode ser organizado de variadas formas. Em alguns países, é dada grande ênfase à ampliação do tratamento pré-hospitalar, de modo a evitar, sempre que possível, que o paciente chegue ao hospital. Em outros casos, esse tratamento consiste apenas numa triagem e transporte dos pacientes.

Os serviços de emergência também podem ser organizados de diferentes maneiras. Uma opção é a concentração de todos os tipos de casos

em uma só unidade de referência. Outra é a organização de serviços diferenciados por tipo de emergência, na medida em que o processo de produção do cuidado varia significativamente.

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

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

No que diz respeito às emergências clínicas, muitas situações poderiam não chegar a ser emergências. Outras são casos crônicos agudizados, necessitando de internação clínica. Existem ainda aqueles que necessitam observação e outros são efetivamente emergências, como o coma diabético. Cada um desses problemas poderia ser tratado em diferentes tipos de serviços: unidades básicas, hospitais gerais com pequenas emergências ou serviços de emergência propriamente ditos.

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

Este é apenas um tipo de perfil hospitalar. Ademais, nem todos os serviços de emergência devem atender às diversas situações de emergência.

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



Para saber mais, consulte os seguintes documentos no CD e no AVA do curso:

- Portaria n. 1863/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1863.htm>);
- Marco Legal da Atenção às Urgências

Hospitais

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

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

As características dos outros componentes da rede influenciam a atuação dos hospitais. Em especial, as características do primeiro nível de atenção – o nível de cobertura alcançado, acessibilidade, grau de resolutividade –, determinam a demanda que será gerada para o cuidado realizado nos hospitais.

Com a incorporação de novas tecnologias, os hospitais também vão mudando. Um exemplo é o advento da terapia para tuberculose, que levou ao fechamento de milhares de leitos e à extinção ou transformação de determinados hospitais.

Existem diferentes tipos de classificação de hospitais. Uma forma de classificá-los é considerar o seu grau de complexidade, em que num extremo estão os hospitais de ensino e no outro os pequenos hospitais locais, gerando a classificação hierárquica tradicional de cuidado terciário, secundário e hospitais comunitários. Outra dimensão considera os hospitais gerais e especializados ou ainda a localização ou características organizacionais.

Nenhuma classificação dá conta de todas as dimensões relativas ao cuidado hospitalar, e todas as classificações apresentam algum grau de limitação, especialmente as de definição hierárquica do cuidado, já que a fronteira entre hospitais de nível secundário e terciário é cada vez mais difícil de ser identificada. Em alguns casos, por exemplo, o hospital de nível secundário é organizado em clínicas cirúrgicas especializadas, enquanto em outros o cirurgião geral acumula as mesmas funções.

Com a crescente especialização, torna-se impossível definir uma única base populacional para um único modelo de hospital. Cada especialidade

se justifica para diferentes bases populacionais. A neurocirurgia, por exemplo, necessita uma base maior do que os serviços de oncologia.

Hospitais terciários vão se diferenciando dentro do grupo. Um país pode ter dez hospitais terciários oferecendo cirurgia cardíaca para adultos e só um com cirurgia pediátrica; vários podem fazer transplante renal e apenas um o transplante de fígado.

Há uma crescente crítica ao planejamento de hospitais descolado do planejamento dos demais componentes da rede. A definição do componente hospitalar, na realidade, é um jogo entre acesso, qualidade e custo e os recursos existentes.

VOCE SABIA?

Para o planejamento da assistência hospitalar em um dado território é necessário considerar, pelo menos, os seguintes critérios:

- base populacional;
- distribuição da população;
- perfil epidemiológico;
- função na rede;
- concentração de recursos em função de economias de escala e relação volume da produção versus resultado.



Veja no *Caderno de Funções Gestoras e seus Instrumentos* a classificação dos hospitais que constam do banco do CNES, assim como portarias referentes à tipologia das unidades hospitalares.

Articulação entre os níveis da rede, definição de perfis e regulação

Para que se configurem redes de atenção à saúde é necessário, portanto, a existência de um conjunto de unidades de diferentes portes – níveis de complexidade e densidade tecnológica –, em número suficiente para garantir cobertura a uma determinada população e trabalhando com uma composição de recursos adequada em cada nível para garantir a resolutividade e qualidade da atenção na provisão do cuidado.

No entanto, ainda que esta seja uma condição *sine qua non* para que uma rede exista, ela não é suficiente. Como já visto, é necessário

que este conjunto de unidades trabalhe de forma articulada, responsabilizando-se pela atenção integral à população de sua região nos seus diversos recortes territoriais (distrito, microrregião, macrorregião).

Tradicionalmente, quando se fala em montagem de redes de saúde, pensa-se em mecanismos de referência e contrarreferência, compreendidos como as formas pelas quais um paciente “caminha” pelos serviços. No entanto, pela descrição do funcionamento dos serviços em rede aqui estabelecida, fica claro que esses mecanismos não são apenas meras fichas de encaminhamento ou de solicitação de exames que são distribuídas aos pacientes para que estes busquem resolver, por sua própria conta e risco, de que forma serão operacionalizados.

Os mecanismos de referência e contrarreferência só têm sentido e funcionam como tal na medida em que expressam o compromisso da rede de atenção à saúde com os pacientes, garantindo o acesso ao conjunto de tecnologias necessárias de acordo com os problemas apresentados. Expressam, portanto, a definição e um acordo prévio acerca do que cabe a cada unidade de saúde tratar e cuidar, incluindo o número e tipos de casos a serem atendidos, traduzidos em seu perfil assistencial.

Para refletir

Os mecanismos de referência e contrarreferência devem ser ancorados no planejamento prévio da rede de atenção à saúde. Eles exigem, ainda, o desenvolvimento de um sistema de informações que garanta o atendimento oportuno e permita o acompanhamento do cuidado prestado ao paciente nos diversos componentes da rede, situados em diferentes localidades.

Quais as estratégias e instrumentos utilizados em sua região de saúde para garantir os fluxos de referência e contrarreferência para exames de patologia clínica?

Anote os apontamentos de suas reflexões.

A definição de perfis assistenciais numa rede é uma tarefa também bastante complexa. Muito raramente é possível construir uma rede de atenção à saúde apenas com novos investimentos, em que o gestor tem o completo poder de definir o que e como operará cada unidade. No mundo real, redes de serviços são construídas em função de unidades preexistentes, com suas próprias composições de recursos e “vocações” institucionais. Esta realidade deve ser levada em conta ao pensar a definição de perfis assistenciais.

As definições mais simplistas, do tipo “hospitais terciários”, apresentam na prática certa limitação, já que nem sempre todos os serviços de um hospital guardam coerência quanto ao grau de complexidade. Muitas vezes, encontramos no mesmo hospital um serviço de transplante de fígado – naturalmente de referência –, ao lado, por exemplo, de um serviço de pediatria de baixa complexidade.

Dentro do mesmo hospital, podemos encontrar um serviço de cirurgia cardíaca de adultos e um pediátrico, e a base populacional que serve de referência para cada um pode ser diferente, a depender do perfil demográfico e epidemiológico.

Assim, a definição das referências e dos “caminhos” ao longo das redes, especialmente para os serviços hospitalares de maior complexidade, pode e deve ser feita para cada tipo de serviço, articulando-se em linhas de cuidado.

A quem cabe definir o perfil assistencial das unidades que compõem uma rede, suas funções e responsabilidades?

Sem dúvida, o funcionamento da rede é responsabilidade do gestor do sistema em cada nível, a ser pactuada nas instâncias devidas. O fato de ser sua responsabilidade, não quer dizer que será definido apenas pelo gestor. Pelo contrário, para que seja efetivo este é um processo que deve ter a participação e o compromisso de todos os atores envolvidos.

Na prática, isto significa que não cabe ao médico, ao assistente social ou a qualquer outro profissional operando em uma unidade isolada a responsabilidade por encontrar uma vaga para que um paciente seja transferido ou encaminhado a outra unidade para realização de um exame. Esta não pode ser uma atividade que tome grande parte do tempo e da energia dos que deveriam se ocupar com a prestação do cuidado aos seus pacientes. Definições necessárias à constituição de uma rede devem ser previamente feitas, pactuadas e garantidas pelos gestores.

E como é possível a definição destes “caminhos”?

Uma das formas propostas tem sido a instituição das centrais de marcação de consultas e de internação, funções estas que fazem parte de um processo regulatório mais amplo.

Nas centrais de marcação de consulta e de internação que vêm sendo implantadas nem sempre os resultados obtidos são os esperados. Isso se dá por um motivo bastante simples. As centrais são instrumentos fundamentais para operacionalizar o fluxo de pacientes numa rede já constituída e com papéis e perfis definidos, pactuados e assumidos. Ou, mais simplesmente, ela é capaz de funcionar quando há uma rede a ser regulada, mas não é capaz de criar a rede onde ela não exista.

FÓRUM

Considerando os aspectos apresentados na Cena 1 do caso de Ana, participe do fórum que seu tutor irá criar para você e sua equipe debaterem sobre os aspectos da organização do sistema de saúde que influenciaram a atitude dos médicos que atenderam a paciente.

O que poderia ser feito no âmbito da organização do sistema para garantir uma atenção mais adequada nesse caso?

Organizando linhas de cuidado

As linhas de cuidado podem ser utilizadas como diretrizes para um detalhamento da forma de articulação entre as várias unidades que compõem a rede e a integração de seus atendimentos, com o objetivo de controlar determinados agravos e doenças e cuidar de grupos de pacientes.

São geralmente programadas para problemas de saúde considerados prioritários do ponto de vista epidemiológico ou considerados de relevância tomando por base recortes populacionais.

Inicia-se com o detalhamento de diretrizes clínicas, em que epidemiologistas, especialistas clínicos e planejadores definem como e onde serão tratados os pacientes, são desenhados os “caminhos” a serem percorridos ao longo da rede, as responsabilidades de cada unidade, os mecanismos de integração e, naturalmente, as formas de garantir que os recursos humanos e materiais necessários ao cumprimento da proposta estejam disponíveis.

Uma discussão detalhada sobre diretrizes clínicas ou assistenciais será desenvolvida no Módulo 6 desta unidade de aprendizagem, “Gestão do cuidado”.

VOCÊ SABIA?

A organização de linhas de cuidado só é possível por meio da articulação entre o planejamento/programação, a epidemiologia e a clínica. Utilizando o exemplo do câncer de mama, sugerem-se os seguintes passos:

1. Analisar como se dá o desenvolvimento da doença, quais os fatores e grupos de risco, as possíveis medidas de promoção e de prevenção, os métodos de diagnóstico para detecção de casos, o tratamento a ser instituído em cada estágio da doença, como se dá o acompanhamento dos casos.
2. Detalhar a composição de recursos – materiais e humanos – necessários à realização de cada uma das ações definidas para cada fase (diagnóstica e terapêutica).
3. Estimar a população-alvo à qual serão dirigidas as ações de prevenção e detecção de casos e estabelecer as normas de cobertura de ações (por exemplo, número de mamografias a cada ano para uma determinada faixa etária).
4. Estimar o número de casos esperados em cada estágio da doença pela instituição do processo diagnóstico.
5. Com base no número de casos estimados em cada estágio, calcular a necessidade de ações terapêuticas em cada uma das modalidades definidas pelas diretrizes (cirurgias, quimioterapia, radioterapia, acompanhamento).
6. Definir em que ponto da rede – e em que unidades – será realizada cada uma das ações (detecção, diagnóstico, cada modalidade de tratamento, acompanhamento dos casos).
7. Definir os mecanismos de integração entre as unidades e entre os profissionais envolvidos.
8. Calcular os recursos necessários para que cada uma das ações propostas possa ser cumprida.
9. Levantar os recursos existentes, avaliar de que forma estão operando e, se necessário, definir estratégias para solução de problemas detectados no sentido de sua adequação à proposta.
10. Definir as necessidades de investimento e elaborar o projeto de investimento.
11. Definir os indicadores de avaliação.
12. Definir os mecanismos de gestão conjunta e acompanhamento.

É importante fazer a distinção entre linhas de cuidado e os chamados “programas verticais”. Enquanto estes tendem a fragmentar o processo de cuidado, trabalhando com serviços e recursos humanos “especializados” em uma determinada patologia, a ideia da linha de cuidado é exatamente oposta.

Assim, o desenho da linha de cuidado ao câncer de mama proposto, por exemplo, envolve unidades básicas, equipes de Saúde da Família, centros de diagnóstico, serviços especializados em hospitais gerais e serviços de hospitais especializados, dependendo do tipo de ações e casos que se considerem. Não se propõe que em cada uma destas unidades se criem serviços especializados em câncer de mama. A ideia central é a criação de “corredores funcionais” que conduzam o paciente ao longo da rede e que permitam integrar as ações a ele dirigidas, ainda que realizadas por diferentes profissionais e em diferentes unidades, eventualmente localizados em mais de um município.



Para aprofundar seus estudos em relação aos temas deste módulo, visite os sites:

- Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/>
- Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde: http://200.214.130.38/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM
- O SUS de A a Z: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>
- Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): <http://www.bireme.br/>

ATIVIDADE FINAL DO MÓDULO 5

Para realizar essa atividade, você trabalhará em equipe, em cada uma das questões propostas.

1. Com base no caso apresentado nesta unidade, identifique os principais desafios associados à descentralização e à organização territorial dos serviços de saúde.
 2. Agora, considerando a discussão realizada no Módulo 5, analise esses desafios que você selecionou e aponte as contribuições para enfrentá-los.
 3. Tente aplicar a análise realizada na questão anterior à realidade de seu município e faça um diagnóstico dos principais desafios a serem enfrentados, buscando contemplar os seguintes tópicos:
 - a) relação do município com os municípios vizinhos, no que diz respeito aos acordos e pactos estabelecidos;
 - b) relação do município com o estado, no que diz respeito aos acordos e pactos estabelecidos;
 - c) regras e fluxos definidos para encaminhamento dos pacientes;
 - d) existência de protocolos gerenciais e clínicos;
 - e) educação permanente e cursos de capacitação dos profissionais.
 4. Após esse diagnóstico, sistematize um conjunto de proposições e/ou sugestões para contribuir na organização do sistema de saúde local.
- Ao final das discussões em grupo, você deverá produzir, individualmente, uma síntese das discussões e enviar ao seu tutor por meio da ferramenta Envio de Atividades, disponível no AVA do curso.

Referências

- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: out. 2008.
- _____. Decreto n. 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei n. 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre as normas gerais de contratação de consórcios públicos. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 jan. 2007. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/proposicoes>>. Acesso em: maio 2007.
- _____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: out. 2008.
- _____. Lei n. 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre as normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 7 abr. 2005. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=250674>>. Acesso em: maio 2007.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1863/GM, de 29 de setembro de 2003*. Política Nacional de Atenção às Urgências. Portaria. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1863.htm>>. Acesso em: 02 nov 2008.
- _____. *Portaria n. 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005b*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm>>. Acesso em: 15 out. 2008.
- _____. Ministério da Saúde. *Regionalização solidária e cooperativa*. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 3). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28602>. Acesso em: out. 2008.
- _____. Ministério da Saúde. *Sistema de informações hospitalares SIH/SUS*. Brasília: DATASUS, 2005a.
- MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2007. p. 369-383.
- OLIVEIRA, E. X. G. de; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Território do Sistema Único de Saúde: Mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 386-402, 2004.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record, 2006.
- STARFIELD, B. Atenção primária e saúde. In: _____. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. p. 19-98.
- VIANA, A. L. d'Á. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

6. Gestão do cuidado

Victor Grabois



A leitura do caso de Ana nos faz pensar, refletir sobre nossas práticas, e talvez, mais que tudo, permite a emoção, pois Ana é uma dentre milhões de usuários que, apresentando um problema de saúde, tem que lutar para ser cuidada. Cuidado como expressão de direitos, cuidado como expressão de responsabilização pelo outro, como expressão de diferentes combinações de tecnologias efetivas e adequadas a cada situação e como expressão de um trabalho de equipe, solidário e articulado. Neste módulo, aprofundaremos a noção de cuidado, o que é um cuidado de qualidade; discutiremos sobre a possibilidade e a necessidade de gerenciar o cuidado, e que ferramentas e arranjos os profissionais e as equipes podem incorporar em seu trabalho para coproduzir um cuidado efetivo e humanizado. Venha conosco nesta viagem, olhando para as unidades de saúde, para seus colegas de trabalho e para dentro de você mesmo, identificando as práticas adotadas e pensando se devemos e como mudá-las, se for o caso.

Conceitos básicos sobre o cuidado

Nos módulos anteriores, várias vezes nos referimos à noção de cuidado. Agora, neste módulo, vamos discutir esse conceito de modo mais aprofundado, com base nas definições e classificações de vários autores. Antes, porém, sugerimos que você construa o seu próprio conceito de cuidado.

Para refletir

Como você entende o conceito de cuidado em saúde?

Registre suas reflexões no Diário de Estudos.

Ainda que possamos intuitivamente definir o cuidado, dada a complexidade tanto das necessidades apresentadas por cada paciente como do trabalho em saúde, é interessante observar como diferentes autores apresentam suas definições e/ou classificações quanto ao cuidado.

Para Cecílio e Merhy (2002),

O cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que entendemos como cuidado em saúde.

O cuidado ao paciente também pode ser definido pelas diferentes atividades que o compõem.

Determinadas atividades são básicas para o cuidado ao paciente. Estas atividades incluem: planejar e prestar assistência a cada paciente; monitorar o paciente no entendimento dos resultados do cuidado; modificar o cuidado quando necessário; prestar o cuidado e planejar o acompanhamento (MANUAL DO CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2000).

Em realidade, o cuidado é um somatório de decisões quanto ao uso de tecnologias (duras, leves-duras e leves), de articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que tenta ser o mais adequado possível às necessidades de cada paciente.

Tecnologia dura, leve-dura e leve é como Merhy (1997) classificam as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. 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, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo. A **dura** é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

Para outros autores (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004), a definição do cuidado é indissociável de sua integralidade. “É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social” (LUZ apud PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

A noção de integralidade já aparece na Constituição de 1988, “[...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988 apud MATTOS, 2001). Um dos pilares desta noção seria uma visão mais global, mais ampla do indivíduo, que agregasse seus aspectos físicos, psíquicos e sociais, entre outros.

[...] integralidade teria a ver com uma atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa deste paciente (MATTOS, 2001).

Boff (1999) compartilha do mesmo ponto de vista:

A racionalidade médica ocidental contemporânea evidencia, através de suas práticas e de seus critérios decisórios, a persistência do modelo tecnicista, no qual o cuidado e atenção integral à pessoa do doente na maior parte das vezes ficam em segundo plano, quando aparecem. O sintoma mais doloroso, já constatado há décadas por sérios analistas e pensadores contemporâneos, é um difuso mal-estar da civilização. Aparece sob o fenômeno do descuido, do descaso e do abandono, numa palavra, da falta de cuidado.

Podemos dizer que, atualmente, este modelo se perpetua na biomedicina, visto que os avanços tecnológicos são utilizados como meios superiormente eficazes para aumentar a acurácia nas investigações sobre doenças, muitas vezes deixando em segundo plano a pessoa doente e se distanciando das concepções mais amplas de saúde.

Alguns adeptos dessa área possuem uma visão otimista, que consiste em afirmar que a postura da medicina vem mudando bastante e que no terceiro milênio os profissionais de saúde e as práticas afins terão um cunho chamado por muitos de biopsicossocial. É bem verdade que os avanços tecnológicos trouxeram e ainda trazem benefícios inestimáveis à população, ampliando a sobrevivência e dominando muitas doenças que anteriormente eram fatais. Mas não se pode negar que, apesar de ocupar lugar importante, a técnica sozinha não elucida todas as verdades, tendo também seus limites para lidar com questões multidimensionais que envolvem a saúde. É necessário que se busque na

compreensão de saúde os diversos fatores que possam estar articulados com qualidade de vida, tais como: alimentação, justiça social, ecossistema, renda, educação, dignidade.

Na realidade, pensar em integralidade do cuidado pode significar incorporar à produção de cuidados em saúde as diferentes necessidades dos usuários e o contexto em que estas necessidades de saúde são produzidas.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente se produz através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, 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 os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há uma produção de uma acolhida ou não das intenções que as pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidade, nos quais há produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY apud GUIZARDI; PINHEIRO, 2004, p. 38).

Se existe um conjunto de necessidades expressadas e vividas pelos usuários, a estas corresponde um conjunto de práticas, habilidades e saberes que são articulados pelos profissionais de saúde na oferta de cuidados a esses usuários. Estas práticas, saberes e habilidades incluem o estabelecimento de vínculos, a responsabilização pelo usuário, o acolhimento e escuta, o emprego de conhecimentos específicos de cada profissão, a indicação adequada da realização de exames e procedimentos, sem uma supremacia de uma ou outra tecnologia, por definição.

Podemos citar alguns exemplos de integralidade do cuidado em uma unidade hospitalar (BRASIL, 2002a):

- A equipe de uma enfermaria aproveita a internação de um paciente diabético, que também é tabagista, para incentivá-lo a abandonar o fumo.
- Numa unidade de terapia intensiva, uma mulher em coma por eclampsia, que fez cesariana e cujo filho passa bem no berçário, tem seu leite retirado com auxílio de bomba, com vistas ao seu possível aleitamento materno futuro.



- No tratamento de uma ferida, o paciente é perguntado sobre seu estado vacinal contra o tétano e, dependendo de suas vacinações prévias, recebe ou não uma dose de vacina antitetânica.
- Uma mulher que acompanha o marido numa consulta é abordada quando teve sua pressão medida pela última vez e tem sua pressão aferida. ■

Os mesmos autores também afirmam que, para que sejam possíveis estas práticas, as equipes necessitam

conhecer os riscos do fumo e poder conversar sobre eles com o paciente. Precisa saber também sobre as formas de apoio ao fumante que deseja deixar de fumar. A equipe de terapia intensiva tem que estar sistematicamente informada sobre a situação do bebê e avaliar juntamente com os pediatras as possibilidades do aleitamento materno futuro (BRASIL, 2002a).

A integralidade do cuidado também exige que os profissionais se articulem, seja no plano das diferentes unidades de saúde que compõem a rede, seja entre os diferentes serviços que compõem um hospital. Este é um dos grandes desafios a serem superados no cotidiano do funcionamento do SUS. Como falar em integralidade sem a garantia de um acompanhamento pela equipe da Saúde da Família no período pós-alta de um paciente que havia sido internado devido a um quadro de diabetes descompensado? Ou como no caso da dona Ana, apresentado no início desta unidade de aprendizagem, no seguimento após uma cirurgia e um processo de quimioterapia bastante doloroso para a paciente?

Esta articulação depende da troca de informações sobre as terapias dispensadas ao paciente e sobre as necessidades de cuidados continuados identificadas pelos profissionais que foram/são responsáveis por seu cuidado. No entanto, não se trata apenas de troca de informações, mas de como facilitar ao máximo o trabalho em conjunto com centralidade no paciente, ainda que parte dos profissionais possa atuar em uma equipe da Saúde da Família e outra parte, em um hospital regional ou na policlínica.

Para refletir

Escolha alguns prontuários de uma unidade de saúde em seu território e observe como o cuidado foi oferecido, considerando o que foi discutido sobre integralidade nos dois últimos parágrafos.

É nítido que a integralidade do cuidado tem uma clara correspondência com o trabalho em equipe. Existem várias possibilidades de construção de equipes; algumas têm potência superior a outras.

Segundo Cecílio e Merhy (2003, p. 199),

Uma coisa é pensar a equipe [...] como somatório de ações específicas de cada profissional, como uma linha de montagem do tratamento da doença, tendo a cura como ideal [...] a hierarquia e a rigidez de papéis codificados; a outra é pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma ação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado.

Ponto de atenção é uma expressão utilizada por Mendes et al. (2008) quando se referem às unidades de saúde, seja na atenção primária, secundária ou terciária, fazendo parte de redes de atenção organizadas não de forma hierárquica, mas sim poliárquica, em um *continuum* de atenção e articuladas por diretrizes clínicas.

Para o cuidado integral com o paciente (usuário) ser viabilizado, dependeria, pois, por um lado, de uma abordagem em cada **ponto de atenção** que considerasse o conjunto de suas necessidades e riscos. Por outro lado, da articulação pactuada entre profissionais de diferentes pontos de atenção ou em diferentes setores em um mesmo ponto (hospital, por exemplo).

Por exemplo, uma gestante é acompanhada em uma unidade básica, sua gestação caminha bem, mas ela está profundamente ansiosa, pois não foi uma gravidez desejada, e sua família se encontra com dificuldades financeiras. A equipe responsável pela paciente se reúne, discute seu caso, não apenas seu quadro clínico e o desenvolvimento fetal, mas como ajudá-la a reduzir sua ansiedade e a criar possibilidades de sua família ter uma renda melhor.

Essa gestante no sexto mês de gravidez apresenta um quadro de hipertensão arterial sistêmica de moderada a grave. A equipe julga que ela se beneficiaria da avaliação de um cardiologista. Entra em contato com o profissional da policlínica, elabora um relatório, marca uma consulta e combina, na sequência, uma vinda do cardiologista à unidade básica para discutir o caso dessa paciente e outros casos também com hipertensão arterial sistêmica (HAS). Estamos falando aqui de ações longitudinais.

Para refletir

Considerando o que foi discutido sobre o cuidado, e observando os serviços em sua área de atuação, que atributos do cuidado você identifica nas práticas correntes, nesses serviços?

Com base nesta reflexão, que outros atributos do cuidado você acrescentaria, além dos apresentados neste texto?

Registre sua análise no Diário de Estudos.

Optamos por problematizar algumas das dimensões da qualidade propostas por Donabedian (1988) com significativa importância em nossa realidade, como o cuidado acessível, efetivo, eficiente, seguro e aceitável.

Segundo Starfield (2002), um dos elementos essenciais na **acessibilidade** é a atenção no primeiro contato na Atenção Básica, composta pelos seguintes elementos:

- horário de disponibilidade;
- acessibilidade ao transporte público;
- oferta de atenção sem exigências (no nosso caso, sem qualquer pagamento);
- instalações para portadores de deficiências;
- providências para horários tardios;
- facilidade da marcação de consulta e do tempo de espera pela mesma; e
- ausência de barreiras linguísticas e outras barreiras culturais.

Se considerarmos a **efetividade** do cuidado, pode-se apontar: (1) pertinência do cuidado; (2) conformidade do cuidado. A **pertinência** do cuidado representa o “fazer a coisa certa”. Exemplos: utilização do protocolo de acolhimento e classificação de riscos na porta de urgência; utilização de protocolos de administração de aspirinas em dor torácica no atendimento pré-hospitalar, entre outros.

A **conformidade** do cuidado significa o “fazer certo a coisa certa”. Exemplos: preenchimento adequado do prontuário do paciente; utilização adequada de antibióticos (dose, espectro, tempo adequados), passagem do plantão na enfermagem, entre outros.



Para aprofundar o estudo do tema referente às atribuições da atenção primária, leia o livro *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*, Capítulo 3, “Responsabilidade na atenção primária”, de Barbara Starfield (2002), disponível em: www.unesco.org.br/publicacoes/livros/atencao primaria

A **segurança** no cuidado representa não causar danos ao paciente na realização de procedimentos. Exemplos: cateterismo vascular ou ventilação mecânica sem causar infecção hospitalar; administração de quimioterápicos sem extravasamentos; evitar a queda do paciente das macas ou camas, entre outros.

O cuidado **eficiente** significa utilizar plenamente os recursos disponíveis para obter um resultado adequado às necessidades do paciente. Exemplos: utilização dos consultórios de um centro de saúde pela manhã e à tarde sem horários ociosos; utilização plena do centro cirúrgico de um hospital; estoques de medicamentos adequados ao volume de dispensação na Farmácia Popular, entre outros.

A **aceitabilidade** do cuidado diz respeito aos valores, expectativas e cultura dos pacientes (usuários) e de suas famílias durante o processo do cuidado. Exemplos: como abordar e/ou comunicar notícias ruins ao paciente e sua família; como abordar a necessidade de realizar sorologia anti-HIV, entre outros.

Para refletir

Considerando as práticas de cuidado desenvolvidas nas unidades de saúde de sua região, que exemplos expressam as dimensões apresentadas pelos autores? É possível promover o cuidado integral em uma única unidade de saúde, segundo os atributos analisados? Por quê?

Registre suas reflexões e depois compartilhe com os colegas da turma no fórum.

Em realidade, esta pergunta tem várias respostas. Sim, é possível que o cuidado seja integral em uma unidade de saúde. Se o cuidado oferecido pela equipe não se limita apenas aos órgãos, aparelhos ou sistemas que apresentam problemas, mas sim, considera o indivíduo (sujeito) como um todo, a sua história de vida e seu contexto social. Quando conseguimos reunir em torno do paciente os diversos saberes e conhecimentos das várias categorias de profissionais da saúde, de forma integrada, estamos nos aproximando de uma abordagem mais integral. Magalhães Junior e Oliveira (2006) denominam esta faceta da integralidade de "integralidade vertical".

No entanto, a resposta à pergunta também pode ser outra. A possibilidade de um cuidado integral para muitos pacientes/usuários depende diretamente da oferta de um caminho que seja facilitado pela rede de serviços de saúde no território onde este(s) paciente(s) habita(m). Este caminho/trajetória se assenta em vários aspectos: (1) identificação adequada de necessidades na porta de entrada que se pretende preferencial (MAGALHÃES JUNIOR; OLIVEIRA, 2006), no caso a atenção básica; (2) construção de compromissos entre profissionais e unidades de saúde entre si que permitam elaborar propostas mais consensuais para o encaminhamento, troca de informações, acolhimento, projetos terapêuticos e oferta de diferentes tecnologias durante essa trajetória; e (3) existência de mecanismos de regulação baseados em regulamentos e ferramentas.

O que é, pois, gerir o cuidado, fazer a gestão do cuidado? Isso é realmente necessário?

O cuidado como área da gestão

Vimos ao longo da primeira parte deste módulo que a concretização de um cuidado com qualidade adequada está diretamente articulada ao funcionamento de uma ou mais unidades de saúde; à participação de uma ou mais equipes de saúde, que, por sua vez, podem estar localizadas em uma ou em diversas unidades de saúde; à oferta de múltiplas tecnologias e à qualidade da formação técnica e ética dos profissionais de saúde. Segundo Magalhães Junior e Oliveira (2006), a formação técnica seria determinante para a resolutividade clínica do caso; e a formação ética, para definir o grau de vínculo e responsabilização dos profissionais com o usuário e seus problemas.

A gestão do cuidado tem foco tanto em uma unidade como na trajetória do usuário/paciente. Deparamo-nos com questões que demandam planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas e, por fim, correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas. Oferecer um cuidado com qualidade não se dá espontaneamente; é necessário combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos.

Esta última afirmativa coloca uma nova questão: quem são os responsáveis pela gestão quando se trata da oferta de cuidado com qualidade?

São os diretores das unidades de saúde, os coordenadores de programas, os coordenadores das portas de urgência, os chefes de serviço nos hospitais? Estes, com certeza, fazem parte do rol de profissionais que devem estar profundamente implicados na qualidade do cuidado. No entanto, se considerarmos os atributos de um cuidado com qualidade, centrado nas necessidades e singularidade de cada usuário e com pressupostos de estabelecimento de vínculo e responsabilização com as suas demandas, talvez devamos ter como consequência um processo de gestão mais participativo, com maior implicação das equipes no desenho das propostas que concretizarão o cuidado.

Isso significa trabalhar em algumas direções, entre outras, de um ponto de vista mais prático: (1) que a construção absolutamente necessária de diretrizes clínicas ocorra de maneira mais dialógica (CAMPOS; AMARAL, 2007). Inicialmente trabalhado por especialistas ou por encarregados que estejam mais diretamente vinculados aos problemas, o documento seria analisado e reelaborado pelos profissionais e equipes mais vinculados à implementação e/ou cujo trabalho seja afetado pelas diretrizes em tela; (2) a elaboração de planos e projetos se dando em uma base mais coletiva, assim como o processo de avaliação da qualidade do cuidado, utilizando padrões e/ou indicadores.

Os indicadores também podem refletir uma discussão mais ampla dos trabalhadores envolvidos no cuidado, de forma que a avaliação possa gerar maior comprometimento na melhoria dos processos de trabalho. Este modo de pensar a concretização/avaliação do cuidado envolvendo as equipes e profissionais Campos e Amaral (2007) denominam co-gestão ou gestão compartilhada.

A linha de cuidado como forma de estruturação do cuidado/atenção à saúde de sujeitos

A linha de cuidado como conceito já foi previamente trabalhada no Módulo 4 desta unidade de aprendizagem, e sua aplicação na construção de redes de atenção foi abordada no Módulo 5. Aqui nos interessa



Para maior aprofundamento da co-gestão em saúde, sugerimos as seguintes leituras, disponíveis no CD e na biblioteca do curso (AVA).

1. "A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital", de Gastão Wagner Souza Campos e Marcia Amaral (2007).

2. "Tratado de Saúde Coletiva", de Gastão Wagner de Souza Campos et al. (2006), Capítulo 2, "Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde".

conversar sobre sua contribuição para a organização do cuidado em cada ponto de atenção e ao longo das redes de atenção.

A linha de cuidado pode funcionar, antes de tudo, como uma estratégia de aproximação da integralidade do cuidado, na medida em que são articulados profissionais e unidades de saúde com diferentes papéis e aportes tecnológicos, que possam ser necessários a um ou mais pacientes. Ela também é uma aproximação de uma concepção de rede estabelecida em um território, organizada em função de trajetórias, pensada em círculos ou de corte horizontal, mas sem a rigidez de uma rede hierarquizada. A hierarquia pressuporia papéis com pouca ou nenhuma flexibilidade, comunicação por meio de canais preestabelecidos e supremacia de um nível sobre outro. A título de exemplo, como vimos nos Módulos 4 e 5 desta unidade de aprendizagem, pensar a atenção básica como coordenadora da atenção não significa colocá-la no topo ou na base da pirâmide, mas sim conceber um sistema mais flexível, mais coordenado, mais longitudinal.

A entrada de um usuário nas linhas de cuidado pode, preferencialmente, se dar na atenção básica, mas seu acesso pode ser também pela Porta de Urgência ou em uma internação por outro motivo ou agravo.

O que materializa uma linha de cuidado? Em primeiro lugar, o fator que motiva a organização da linha de cuidado – ciclos de vida, gênero, patologias ou problemas de saúde. Dependendo do fator em tela, serão definidos:

- o leque de cuidados necessários à abordagem das necessidades e riscos mais presentes em cada um destes fatores;
- que serviços podem oferecer tais cuidados;
- trajetórias possíveis nesta linha de cuidado;
- diretrizes voltadas aos fatores que motivam a organização da linha de cuidado.

As linhas de cuidado serão semelhantes em territórios diferentes?

Possivelmente não. Ainda que voltadas a um mesmo problema de saúde ou patologia, é provável que estas linhas de cuidado sejam organizadas de forma muito diferente dependendo do território em questão. Em um território, a atenção de média complexidade é ofertada por uma

policlínica; em outro, pelo hospital regional. Em um território existem, por exemplo, centros de referência para Aids ou para saúde mental (que agregam serviços que, em geral, estão isolados ou na atenção básica ou na média e alta complexidade); em outros, estes centros de referência não existem. Em um território, a cobertura da ESF é significativa; em outros ela ainda é pequena. Além disso, a magnitude do problema pode variar de território para território (incidência ou prevalência, mortalidade, letalidade etc.), implicando maior ou menor descentralização da oferta de certas ações ou procedimentos.

Em cada um destes exemplos, as linhas de cuidado orientadas para um mesmo ciclo de vida ou patologia não terão conformações semelhantes, ainda que utilizem diretrizes clínicas semelhantes, com pontos de atenção diferentes com responsabilidades específicas quanto ao cuidado.

Segundo Magalhães Junior e Oliveira (2006), a linha de cuidado permite ao gestor simular todas as situações possíveis decorrentes de um determinado problema de saúde ou outro fator motivador da linha de cuidado. A ideia de simulação é bastante adequada se considerarmos que dois usuários que demandam cuidados mais orientados a uma determinada patologia podem ter trajetórias na linha de cuidado bastante diferenciadas entre si. Se, de fato, lidamos com usuários e não com doenças, pode-se compreender que usuários com patologias de base similares (exemplo: HAS) mas com diferentes “comorbidades” e em contextos geográficos diferentes terão trajetórias diversas, ainda que tenham como referência a Linha de Cuidado de Doenças Cardiovasculares. Voltaremos a este tema em outro trecho do módulo, quando abordaremos a proposta de Projeto Terapêutico Singular.

As linhas de cuidado (na medida em que as considerarmos como uma proposta de organização dos cuidados em dado território) trazem, por um lado, a necessidade da construção de consensos técnicos e científicos; por outro, acordos e pactos entre gestores. Esses consensos e pactos, segundo inúmeros autores (MAGALHÃES JUNIOR; OLIVEIRA, 2006; CAMPOS; AMARAL, 2007) devem agregar a participação das equipes e dos trabalhadores envolvidos na linha de cuidado em questão como forma de aumentar sua potência e efetividade.

Gestão da clínica

As unidades do SUS se deparam com vários desafios significativos em seu funcionamento, e possivelmente o maior deles seja o de oferecer aos pacientes cuidados que tenham qualidade. Segundo o Institute of Medicine (IOM, 1990), “a qualidade seria o grau no qual serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade da obtenção de resultados de saúde desejados e na sua coerência com o conhecimento profissional corrente.” Segundo Brook and Lorh (1985), a qualidade seria “a diferença entre a eficácia e a efetividade”.

A qualidade de um serviço de atenção teria três componentes em sua determinação: a excelência técnico-científica, a qualidade da relação entre profissionais e pacientes e os aspectos de organização e distribuição de recursos. A excelência técnico-científica corresponderia ao que alguns autores têm descrito como fazer a coisa certa de modo certo (exemplo: utilização das diretrizes clínicas). A qualidade da relação com o paciente estaria diretamente ligada à empatia com o paciente e seu sofrimento, respeitando suas preferências e valores (exemplo: realização do acolhimento em uma unidade de saúde). O terceiro componente é relacionado à forma como as organizações desenham a oferta de cuidados em um contexto de limitação de recursos, de forma a otimizá-los, melhorando o acesso, a prontidão e reduzindo o retrabalho (exemplo: implementação da dose unitária em hospitais).

Esforços para garantir qualidade devem prevenir ou, alternativamente, detectar e superar três problemas: (a) superutilização de serviços desnecessários ou inapropriados; (b) subutilização de serviços necessários; e (c) desempenho ruim em termos técnicos e interpessoais. Teremos obtido um cuidado com qualidade se não houver dano ao paciente, se utilizarmos a melhor evidência científica, evitando a superutilização ou a subutilização de recursos; se centrarmos o cuidado nas necessidades dos pacientes, e se garantimos o cuidado no momento adequado e de forma a obter os melhores resultados com o mais baixo custo possível. Um exemplo bastante atual seria a indicação, sob critérios clínicos baseados em evidências científicas, da realização de parto cesáreo em primíparas. Vemos hoje em nosso país taxas de cesarianas bastante elevadas. Se, por um lado, muitos destes procedimentos são realizados sem base em diretrizes clínicas, por outro gestantes com indicações clínicas precisas para a realização do parto cesáreo não o fazem e evoluem para quadros clínicos de enorme gravidade, ou mesmo para o óbito.

As questões levantadas são desafios presentes não apenas nas unidades do SUS, mas em todo o mundo. Oferecer cuidados de saúde com qualidade é uma questão absolutamente globalizada e que atravessa sistemas de saúde com acesso universal ou baseados em seguros de saúde, entre outros tipos de sistemas. Inúmeras metodologias de avaliação da qualidade e de acreditação de serviços têm sido utilizadas, obtendo mais efetividade naquelas organizações que posicionaram a qualidade do cuidado como objetivo estratégico e transversal.

No setor saúde, as dimensões administrativas e assistenciais sempre atuaram em paralelo, falando línguas absolutamente incompreensíveis. Os profissionais de saúde e, principalmente, os médicos, têm uma liberdade de determinar gastos muito maiores que os trabalhadores de outros setores produtivos.

Microgestão dos serviços de saúde, para Oteo (2006), corresponde à gestão das áreas envolvidas nas atividades-fim de uma organização de saúde (hospitalar ou não), como os serviços, departamentos, enfermarias. São as áreas de contato direto com o paciente, responsáveis pelo cuidado. Parte-se do pressuposto de que a qualidade institucional depende diretamente da qualidade das áreas assistenciais, para as quais devem ser desenvolvidas estratégias de gestão da clínica.

Tornar gerenciável o processo de cuidar, ou fazer a gestão da clínica seria possível em organizações nas quais o núcleo operativo possui grande autonomia?

A definição de Mendes (2001) para a gestão da clínica coloca isto como uma possibilidade e indica um caminho específico:

A gestão da clínica pode ser compreendida como a aplicação de tecnologias de **microgestão** dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, de aumentar a eficiência, de diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, de prestar serviços efetivos e de melhorar a qualidade da atenção à saúde.

A centralidade na doença ou patologia como objeto para a gestão da clínica pode produzir a não consideração de aspectos e singularidades da vida de um usuário que demanda um cuidado na porta de urgência e/ou uma internação por diabetes?

Segundo Campos (2006), o objeto da clínica seria aquilo pelo qual a equipe se sente responsável em relação ao paciente, o que está ao seu encargo. Se o paciente (usuário) é visto como alguém que é portador de uma patologia, mas com riscos e vulnerabilidades, encarnados em uma vida concreta, a equipe inclui (vê como) no seu trabalho: construir projetos terapêuticos mais de acordo com as singularidades do paciente, apoiá-lo (usuário) para ter maior autonomia, e não simplesmente realizar procedimentos, o que seria, na prática, uma redução do objeto.

Para alguns autores, a centralidade na doença, o emprego hegemônico das tecnologias duras, a padronização e controle dos processos poderiam induzir à redução do objeto da clínica (CAMPOS, 2006) ou à perda da dimensão cuidadora (MERHY, 2003). Essa questão é um dos desafios mais relevantes neste debate, pois o reducionismo a causas orgânicas e/ou simplesmente à “doença do paciente” vem se mostrando como uma abordagem incapaz não só de produzir saúde, mas também de cogear uma maior autonomia do paciente, aqui entendido como

maior autonomia em conduzir sua vida, em cuidar-se, em construir e participar de redes sociais de apoio.

Podemos apontar para a necessidade da construção de um conceito e de práticas de gestão da clínica, ainda que seja necessário reconhecer desde já os limites para gerir um processo tão rico de subjetividade, variabilidade e enfoques. As práticas de gestão da clínica devem incorporar as diferentes tecnologias (leves, leves-duras e duras), combinando seu uso de acordo com as necessidades dos pacientes. O paciente/usuário apresenta uma doença, é certo, mas tem uma vida, com desejos, aspirações e expectativas, e estes aspectos devem ser considerados nesta combinação das tecnologias a serem utilizadas.

A gestão da clínica no Brasil

No Brasil, a gestão clínica tem tido seu foco na utilização de ferramentas, ou seja, em **tecnologias de gestão da clínica**. Mendes (2004) atribui a estas tecnologias um papel de mediar processos que envolvem bastante autonomia dos profissionais em uma organização de burocracia profissional (MINTZBERG, 1989) com os esforços para redução da variabilidade na atenção aos pacientes e na adoção de práticas que sejam baseadas em evidências científicas.

Segundo Portela (2008)

A **Medicina baseada em Evidência** é a integração da evidência proporcionada por pesquisas clinicamente relevantes, da experiência do clínico e das preferências do paciente (SACKETTetal.,2000). A evidência proporcionada por pesquisas pode focalizar a acurácia e precisão de testes diagnósticos, a força de marcadores prognósticos e a eficácia e segurança de protocolos de prevenção, tratamento ou reabilitação. Novas evidências podem invalidar testes diagnósticos e tratamentos previamente aceitos e proporcionar a sua substituição por outros mais acurados, eficazes e seguros. Como **experiência clínica**, entende-se a habilidade do clínico em usar o seu conhecimento e experiência para identificar rapidamente o diagnóstico e o estado de saúde de cada paciente, seus riscos e potenciais benefícios do uso de intervenções e seus valores e expectativas pessoais. Finalmente, os **valores dos pacientes** representam as suas preferências, preocupações e expectativas trazidas para o médico, que devem ser integrados à decisão clínica para que, de fato, *lhe sirvam* (grifos nossos).

Segundo Mendes (2007) e Portela e Martins (2008), estas tecnologias de gestão da clínica seriam: (1) gestão de casos; (2) gestão de patologia; (3) adoção de diretrizes clínicas e; (4) monitoramento de indicadores de processo e resultado, entre outras.

A **gestão do caso** (*case management*) pressupõe, segundo Portela e Martins (2008), a identificação de casos (pacientes), em geral de natureza crônica, com potencial de elevada demanda por serviços, sejam pacientes de alto risco ou condições crônicas de maior complexidade (“comorbidades”, idoso etc.) e um acompanhamento direcionado, objetivando uma adequação do uso de recursos às necessidades do paciente e à obtenção de uma relação entre o custo e efetividade mais favorável.

O Projeto Terapêutico Singular pressupõe a participação e a reflexão de equipes multidisciplinares sobre as peculiaridades do paciente e a ampliação da “explicação” sobre o que traz o paciente à unidade de saúde, para além das causas orgânicas.

Com base em outro paradigma, Campos (2000) traz como questão central a singularidade, tanto dos indivíduos demandantes de cuidado como dos profissionais de saúde. Reconhecer as singularidades presentes em cada indivíduo permitiria a utilização de abordagens terapêuticas que deem conta das diferenças e peculiaridades. Tratar um paciente hipertenso alcoólatra e um outro hipertenso não-alcoólatra demandariam projetos terapêuticos específicos, denominados por Campos (2000) de Projeto Terapêutico Singular.

Outra ferramenta de gestão da clínica é a **gestão de patologia**. Segundo Portela e Martins (2008), a gestão de patologia envolveria o uso de intervenções clínicas, educacionais e gerenciais relativas a uma determinada condição ou doença, visando à adoção de práticas calcadas em evidências científicas, menor variabilidade de condutas e maior racionalidade no uso de recursos. Em geral, estão centradas em doenças como HAS, diabetes, Aids, asma, insuficiência coronariana e gestação de alto risco, entre outras. A adoção desta ferramenta coloca desafios significativos, tanto no que diz respeito à consideração das singularidades de cada paciente quanto às dificuldades de adesão a diretrizes clínicas, no que elas trazem de evidências científicas e sua relação com a experiência prévia de cada profissional.

As **diretrizes clínicas** constituem-se em posicionamentos ou recomendações sistematicamente desenvolvidos para orientar os médicos e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas (INSTITUTE OF MEDICINE, 1990 apud PORTELA; MARTINS, 2008). Cuidados de saúde apropriados referem-se aos

cuidados para os quais os benefícios esperados excedem, por uma margem razoável, as consequências negativas.

A utilização de diretrizes clínicas visa reduzir a variabilidade de condutas e decisões dos profissionais, que muitas vezes têm sustentação bastante frágil, do ponto de vista das evidências científicas.

Há dados espantosos sobre a alta variabilidade das decisões dos profissionais, de eventos adversos e do acesso às tecnologias e a seu uso dentro de um mesmo sistema – e até de uma mesma unidade assistencial. Dados que não são explicáveis apenas pelas diferenças de recursos nem pela consideração das singularidades dos pacientes; a dita variabilidade é atribuída à qualidade da atuação dos profissionais e dos processos assistenciais estabelecidos.

Fatores relevantes na seleção de tópicos para o desenvolvimento de diretrizes clínicas seriam: importância epidemiológica do agravo ou doença; custos da assistência, potencial de impacto nos resultados e nível elevado de variação na prática.

Como resposta a tal variabilidade, a estruturação de determinados processos assistenciais é uma das respostas possíveis, adotando algumas padronizações, principalmente naquelas áreas do cuidado que utilizam mais frequentemente tecnologias mais duras. A padronização pressupõe a capacidade de ordenar o processo da atenção em um sentido uniforme, com as vantagens de fazer seus resultados previsíveis e de racionalizar a gestão de recursos e dos custos. Esta padronização deve objetivar uma avaliação adequada por parte das equipes responsáveis pelo cuidado quanto a três alicerces fundamentais:

1. reconhecer, mensurar e avaliar os diferentes **riscos e necessidades (singularidade)** de que cada paciente é portador (gravidade, úlceras, desnutrição intra-hospitalar; risco de vida);
2. elaborar **diretrizes para o cuidado** que sejam compatíveis com as necessidades e os riscos reconhecidos, mensurados e avaliados, ou seja, definir, por exemplo, qual a complexidade adequada para o leito de internação; quais protocolos diagnósticos e terapêuticos se aplicam aos riscos identificados; que projeto terapêutico singular responde de forma mais adequada às demandas do paciente e quais profissionais devem atuar em cada caso, entre outros pontos;
3. **responsabilizar-se pelo cuidado contínuo** nas 24 horas do dia, nos sete dias da semana, favorecendo a troca de informações, a vigilância contínua, a elaboração de projetos terapêuticos, e o seguimento horizontalizado, entre outros pontos.

O monitoramento de desempenho por meio da utilização de indicadores de processos e resultados ajuda a dar sustentabilidade ao

processo de gestão da clínica como ferramenta de avaliação da efetividade da assistência, considerando os elementos que, a nosso ver, estruturam o cuidado (risco/necessidade; organização do cuidado e responsabilização das equipes). Sua utilização permite verificar inadequações nas práticas, o alcance de mudanças propostas para os processos de trabalho e a obtenção de melhores resultados.

Segundo Donabedian (1988), a qualidade em saúde pode ser vista como uma atividade que tem os componentes de estrutura, processo e resultado. A estrutura diz respeito aos recursos materiais, recursos humanos (quantificação do número de trabalhadores, as categorias profissionais, sua especialização) e aos recursos organizacionais (estrutura organizacional, manuais e rotinas, entre outros pontos). O processo diz respeito ao modo como se presta a assistência. A abordagem de processo procura analisar se as atividades e tarefas são realizadas de modo adequado (fazer certo) e se as técnicas e procedimentos utilizados são apropriados, dado o conhecimento corrente (fazer a coisa certa). Ainda segundo o autor, se tudo isso acontece é provável que os resultados sejam alcançados. São exemplos deste componente: observar se os trabalhadores lavam suas mãos durante o processo de cuidado; se protocolos estabelecidos são utilizados pelos profissionais de saúde; o tempo para realizar um exame solicitado etc. O componente resultado expressa a capacidade do serviço em atingir seus objetivos, propiciando a melhoria das condições de saúde e também mudanças no conhecimento e comportamento dos pacientes.

Nas unidades de saúde, os indicadores podem dizer respeito à forma pela qual recursos são utilizados, à maior ou menor utilização de diretrizes clínicas relativas a problemas de saúde definidos, à observação de práticas seguras para o paciente, entre outros tópicos. Alguns indicadores são amplamente utilizados, por exemplo, nos hospitais brasileiros: taxa de ocupação hospitalar, tempo médio de permanência, taxa de infecção hospitalar, taxa de reinternações, taxa de cesariana, taxa de suspensão de cirurgias, tempo-resposta para realização de exames e procedimentos, entre outros.

Campos e Guerrero (2008) afirmam que é relevante a participação dos profissionais e das equipes constituídas no processo de gestão da clínica. Segundo os autores, poderíamos falar em **co-gestão da clínica**. Pensar em um processo mais compartilhado entre paciente/usuário, gestor/organização e clínico/equipe como forma de responder a várias

questões presentes no trabalho em saúde: a singularidade de cada paciente, a subjetividade inerente ao profissional e ao paciente, as dimensões psicossociais do paciente etc.

O contexto de uma maior autonomia e responsabilização às equipes pode ensejar novas formas de organizar o cuidado, de maneira a permitir que o paciente possa ocupar um lugar de **sujeito**, que as necessidades, opiniões e valores dos pacientes sejam efetivamente considerados e, mais do que isso, que o paciente tenha voz durante o processo de cuidado.

Alguns novos formatos de organização e atividade das equipes podem ser utilizados: visita multiprofissional; definição de uma equipe de referência para um conjunto determinado de pacientes; elaboração de um projeto terapêutico singular para os casos mais complexos; adoção de formas mais interativas de suporte especializado (equipes matriciais); organização das unidades de cuidado mais multidisciplinares ao invés das especialidades médicas, entre outros pontos.

Para refletir

Você já utiliza algumas dessas ferramentas de gestão da clínica?

Se já utiliza, que análise você pode fazer quanto à sua efetividade?

Se ainda não, por quê?

O que pode ser colocado em prática? Por quê?

Novos arranjos organizacionais nas unidades de saúde

A universalidade do acesso e a integralidade são dois dos princípios do funcionamento do SUS de maior relevância. Inúmeras estratégias foram viabilizadas nas duas últimas décadas, no âmbito do SUS, no sentido de ampliar a cobertura de ações que, em seu conjunto, pudessem significar para o usuário o acesso mais facilitado a uma atenção integral – e não a segmentos da rede ou a procedimentos isolados.

Arranjos são definidos por Rosana Onocko Campos (2006) como formas de organização do trabalho e das práticas das equipes com certa permanência e estruturação, passíveis de serem institucionalizadas.

Inúmeros exemplos podem ser citados: estruturação do Programa de Saúde da Família, transformado em Estratégia de Saúde da Família; ampliação dos recursos repassados pelo MS para estados e municípios

para a Assistência Farmacêutica; incentivos financeiros por parte do Ministério da Saúde a ações consideradas estratégicas, como a resolução de agravos de grande incidência (catarata, próstata etc.) e a realização de transplantes ou para o acesso a procedimentos de alta complexidade, como ortopedia, neurocirurgia ou cardiovasculares.

Da mesma forma, a estruturação de redes de atenção voltadas aos agravos de maior relevância epidemiológica e, mais recentemente, da proposição dos territórios integrados de saúde visam a articular um conjunto de ações e iniciativas empreendidas por estados e municípios, de forma a permitir trajetórias assistenciais que sejam resolutivas dos problemas de saúde dos usuários, sejam indivíduos ou comunidades.

Neste cenário de ampliação progressiva do acesso e da atenção integral como um norte para a oferta do cuidado com base nas necessidades dos indivíduos e das comunidades, a efetividade das ações ganha relevância, em um contexto de grande demanda e de recursos finitos. A efetividade aqui é entendida como a capacidade dos serviços de saúde em utilizar o conhecimento científico acerca do manuseio de agravos para resolver problemas de saúde apresentados pelos usuários. Segundo Portela e Martins (2008), a efetividade pode ser definida como o grau com que a assistência, os serviços e as ações atingem os resultados esperados.

Inúmeros fatores interferem na efetividade de um determinado serviço ou ação de saúde; entre outros, destacamos: a disponibilidade das tecnologias adequadas às necessidades, conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde, a utilização de diretrizes clínicas voltadas aos agravos em tela e a capacidade de identificar riscos e vulnerabilidade.

Considerar risco e vulnerabilidade relativos a um usuário e sua família pode contribuir para que se estabeleça, de forma mais pertinente e precisa, prioridades no atendimento (urgência e emergência; ocupação de um leito; marcação de uma consulta etc.); no desenho de um plano terapêutico (tema que será abordado adiante); na adoção de determinados protocolos clínicos; na forma de organizar o cuidado em uma unidade de saúde (fluxo em uma unidade de saúde, realização do acolhimento, organização da Porta de Urgência, realização de visitas domiciliares, na organização de redes de apoio social etc.).

Para refletir

Considerando o que foi apresentado no texto, reflita e comente os conceitos de risco e vulnerabilidade.

Segundo Rangel-S (2005), no campo da saúde o conceito de risco fundamenta as práticas da clínica e da saúde pública, cujos significados desdobram-se da definição de risco utilizada na epidemiologia. Nesta, o risco corresponde a uma probabilidade de ocorrência de um evento em um determinado período de observação e à incidência cumulativa. Aplicado para a planificação e gestão, permite a identificação de grupos de maior risco para os quais se deveriam voltar as prioridades da atenção à saúde.

A discussão mais aprofundada quanto ao risco como construção social e política foge ao escopo deste módulo e mesmo do curso. Existem fatores de risco relacionados: aos indivíduos, seus hábitos e estilos de vida (que não são escolhas individuais); ao ambiente e condições em que vivem e trabalham; e riscos e fatores de risco vinculados à utilização dos serviços de saúde, derivados dos processos de trabalho, da utilização de determinadas tecnologias e da constituição de certos ambientes e estruturas nos serviços de saúde.

A consideração destes fatores de risco tem possibilitado a elaboração de políticas de prevenção clínica de determinados agravos (por exemplo, o Manual do MS quanto à prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas – CAB n. 14), ou de utilização de dispositivos de classificação do risco como forma de organizar a prioridade e a definição do ambiente adequado para o cuidado.

Conhecer o risco para condições agudas pode permitir que se definam adequadamente o tempo necessário e o ponto de atenção adequado para o cuidado; para as condições crônicas, possibilita definir a complexidade e o ponto de atenção adequado para o cuidado (MENDES et al., 2008).

A vulnerabilidade pode ser definida em três eixos: (1) individual; (2) institucional ou programático e (3) social.

A vulnerabilidade individual está relacionada ao grau e qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre seu problema de saúde, à capacidade de elaborar estas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano e às possibilidades efetivas de transformar suas práticas (VALADÃO, 2004 apud AYRES et al., 2003).

A vulnerabilidade institucional poderia ser avaliada, em um determinado território ou unidade de saúde, tomando por base as ações propostas e efetivadas para o enfrentamento dos problemas de saúde apresentados pelo usuário, a existência de articulações interinstitucionais e intersetoriais (educação, saúde, transporte e lazer, entre outros) e o financiamento de recursos, entre outros pontos. Quanto menor for esta vulnerabilidade, mais chances existirão de que sejam canalizados recursos e o uso adequado para o enfrentamento dos problemas de saúde em tela.

A vulnerabilidade social está relacionada a aspectos sociopolíticos e culturais combinados, como o acesso a informações, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas e possibilidades de enfrentar barreiras culturais. O próprio acesso e a qualidade dos serviços de saúde disponíveis é um dos parâmetros de avaliação da vulnerabilidade social.



Para aprofundamento dos conceitos de risco e vulnerabilidade, sugerimos a leitura do artigo "Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde", de Ayres et al., no livro *Tratado de Saúde Coletiva* (2006), que pode ser encontrado no CD e na biblioteca do curso.

Considerar não só os riscos mas também a vulnerabilidade dos indivíduos tem permitido um desenho de cuidados frente a pacientes portadores de condições e agravos crônicos (hipertensão, diabetes, Aids, alcoolismo, entre outras) que considere a maior ou menor possibilidade de ação, compreensão, estabelecimento de redes de apoio frente a uma maior ou menor vulnerabilidade. As estratégias para aumentar a adesão a tratamentos continuados, redução do abandono e incorporação de práticas saudáveis devem levar em conta os fatores de risco presentes em cada situação concreta, mas também dialogar com os aspectos individuais, institucionais e sociais que delineiam um perfil de vulnerabilidade do usuário.

Um exemplo relevante é o manuseio da tuberculose como agravo e cuidado de um usuário com diagnóstico de tuberculose pulmonar. Aplicar o esquema terapêutico, fazer recomendações, estimular o paciente a completar o tratamento podem não ser estratégias suficientes para reduzir o abandono de tratamento em muitos territórios sanitários. Considerar os elementos que tornam este paciente mais vulnerável (fragilidade de suas redes de apoio, acesso difícil aos

serviços de saúde, baixa escolaridade) e, portanto, mais propenso a abandonar o tratamento, pode ajudar a equipe a pensar em um projeto terapêutico que inclua ações que possam fortalecer a autonomia deste paciente.

Muitos dos municípios ou unidades de saúde que buscaram concretizar as formulações conceituais em torno da integralidade, da clínica ampliada e do reconhecimento do usuário como sujeito, ou que simplesmente tentaram modificar suas práticas de cuidado, defrontaram-se com o desafio de como incorporar estas inovações no cotidiano de trabalho das equipes, superando formas tradicionais de trabalho ancoradas em uma formação de saúde orientada por outro olhar sobre os usuários e sobre os problemas que os acometem. Também se depa-ram com problemas como os múltiplos empregos assumidos pelos trabalhadores, a verticalização do trabalho, a insatisfação com os valores remuneratórios e as perspectivas de progressão na carreira, entre outros pontos.

Para refletir

Nas unidades de saúde de sua região, como os protocolos de acolhimento possibilitam a identificação de riscos e vulnerabilidades apresentados pelos usuários que demandam cuidados?

Lembre-se de registrar suas reflexões no Diário de Estudos.

O desafio de **cuidar** – e não apenas atender ao usuário, não importa em que ponto de atenção ele se encontra ou em que momento de sua trajetória em um dado território – precisa dar conta de construir um novo desenho do cuidado/novas práticas e, de forma articulada e simultânea, mobilizar os trabalhadores para participar desta construção. Ainda que fuja ao escopo de nosso módulo, vale apontar que a perspectiva da gestão do trabalho, aqui entendida como o conjunto de políticas e dispositivos para a organização e qualificação dos processos de trabalho, tendo por base a consideração dos trabalhadores como sujeitos e de um olhar menos individual e mais coletivo, pode produzir avanços por não separar trabalho e trabalhador, pensando em seus direitos e deveres, qualificação profissional etc.

Inúmeros dispositivos e instrumentos, em maior ou menor grau, têm sido institucionalizados e incorporados às políticas oficiais do Ministé-

rio da Saúde e de estados e municípios por seu potencial em impactar a qualidade do cuidado, considerando a efetividade, a continuidade e o acesso como os parâmetros essenciais. Neste módulo, optamos por abordar alguns destes dispositivos que, em seu conjunto, podem representar mudanças na organização das equipes, nas práticas adotadas e se relacionam a uma maior capacidade de produzir um cuidado mais longitudinalizado, mais contínuo e em rede.

Acolhimento nas unidades de saúde

Segundo o *Documento base para gestores sobre a política de humanização do SUS* (BRASIL, 2008), o acolhimento seria um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica a responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

O acolhimento como dispositivo teria potência para superar os limites burocráticos das recepções de caráter administrativo ou até mesmo – o que ainda é frequente em muitas unidades de saúde – a recepção na porta da unidade, feita por um guarda de segurança ou um porteiro, às vezes com atribuição de impedir ou facilitar a entrada dos usuários. O acolhimento dá significado e importância ao momento da chegada e à consequente trajetória do usuário pela unidade, e o usuário torna-se objeto da responsabilidade de um profissional de saúde. O acolhimento pode e deve acontecer em cada setor por onde o usuário caminha e é mais uma atitude, uma postura das equipes, e não um “setor”, ainda que a unidade de saúde possa definir profissionais com maior foco no acolhimento, principalmente nas portas de urgência e em unidades de saúde com grande movimento. O acolhimento é um ato de escuta, de empatia para com o usuário, de realizar uma avaliação do risco e da vulnerabilidade e de responsabilização pelo que é trazido como queixa, como demanda, como expectativa.

O acolhimento pode significar uma mudança na forma de acesso por hora de chegada do usuário (filas que se formam à noite) e formação de filas por uma outra que privilegie riscos (agravos presentes, gravidade do caso, forma pela qual o usuário percebe e vive estar doente, entre outros pontos) e vulnerabilidade (idade, local de moradia, acesso a redes sociais, entre outros pontos) identificados; pode significar novos compromissos na organização do cuidado, com o estabelecimento de uma equipe multidisciplinar que cuida de um indivíduo com demandas de diferentes tecnologias e saberes, e não apenas de um profissional que trata de uma doença.

Implantar o acolhimento implica o estabelecimento de alguns pontos: (1) conhecer o perfil da clientela, quantidade de atendimentos diários e os horários de pico do atendimento; (2) definição de fluxos para o paciente, protocolos de atendimento e classificação de risco; (3) qualificação das equipes (recepção, enfermagem e segurança e, dependendo do porte da unidade, um orientador de fluxo); e (4) adequação das áreas de atendimento, seja para o acolhimento e a classificação de risco, seja nas áreas de pronto-atendimento e de emergência.

O acolhimento é um momento de estabelecimento de vínculos, confiança e um local privilegiado para a construção de responsabilizações para com o usuário, não apenas do profissional ou da equipe cuidadora, mas da unidade como um todo. No entanto, a força deste dispositivo repousa na implementação de outros, como a classificação de riscos, a existência de equipes de referência e de equipes matriciais, compromissos estabelecidos nas unidades (redes internas) e pelas e entre as unidades de saúde (redes externas).

Para refletir

Em sua unidade, que modificações poderiam ser introduzidas em relação ao acolhimento dos usuários?

Classificação (estratificação) de risco

Adotaremos aqui dois exemplos para abordagem da utilização da classificação de risco como dispositivo nas unidades de saúde: (1) na atenção de urgência e emergência; e (2) nas unidades de saúde no manu-

seio de doenças crônicas, em particular quanto ao risco cardiovascular, cerebrovascular e da doença renal crônica.

Os serviços de urgência e emergência têm utilizado, em muitos países do mundo, critérios para classificar risco dos pacientes que demandam cuidados. Existem vários modelos; os dispositivos adotados pelo Ministério da Saúde a partir de 2002 têm sua inspiração no Modelo de Manchester (Manchester Triage System – MTS), que utiliza algoritmos e determinantes associados a tempos de espera identificados por uma cor. São baseados em categorias de sintomas, o que é desejável em um protocolo de classificação de risco.

A Prefeitura de Belo Horizonte adotou a partir de 2005 a seguinte classificação de risco:

- **Vermelho**, ou seja, emergência (será atendido imediatamente na sala de emergência);
- **Amarelo**, ou seja, urgência (será atendido com prioridade sobre os pacientes classificados como **verde** no consultório ou leito da sala de observação);
- **Verde**, ou seja, sem risco de morte imediato (somente será atendido após todos os pacientes classificados como **vermelho** e **amarelo**); e
- **Azul**, ou seja, quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social (deverá ser preferencialmente encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendido pelo Serviço Social). Se desejar, poderá ser atendido após todos os pacientes classificados como **vermelho**, **amarelo** e **verde**.

Sobre o processo qualificado de classificação, consulte o *Caderno de Funções Gestoras e seus Instrumentos*.

É adotado um processo qualificado de classificação onde constam sintoma/queixa/evento; qualificadores (parâmetros); a classificação, a clínica relacionada e sinais de alerta/observações.

Segundo Mendes et al. (2008), há necessidade de um redesenho dos fluxos de encaminhamento, após a classificação de risco, que considere os seguintes elementos: (1) atribuir tempos de espera para o atendimento médico; (2) definir modelos de observação de acordo com a gravidade atribuída; (3) avaliar a estrutura física do atendimento; (4) modificar os fluxos e processos de trabalho; e (5) medir os resultados obtidos.

Mendes et al. (2008) apontam que o protocolo de classificação de risco pode funcionar como uma poderosa ferramenta de comunicação, cor-

responsabilização e regulação da rede de urgência e emergência, no sentido de definir papéis, estrutura de regulação e fluxos do paciente nesta rede, compartilhamento de regras com as estruturas de logística (regulação, SAMU, prontuário eletrônico).

O Ministério da Saúde, na publicação *Cadernos de atenção básica*, n. 14 (BRASIL, 2006), que trata da prevenção clínica das doenças cardiovasculares, das doenças cerebrovasculares e da doença renal crônica, trabalha com a noção de fatores de risco associados a estas patologias e considera que a presença de nove destes fatores explica quase 90% do risco atribuível de doença na população ao redor do mundo.

A seguir relacionamos estes fatores de risco:

- História familiar de DAC prematura
- 1º grau, sexo masculino < 55 anos e sexo feminino < 65 anos
- Homem > 45 anos e mulher > 55 anos
- Tabagismo
- Hipercolesterolemia (LDL-c elevado)
- Hipertensão arterial sistêmica
- *Diabetes melittus*
- Obesidade (IMC > 30 kg/m²)
- Gordura abdominal
- Sedentarismo
- Dieta pobre em frutas e vegetais
- Estresse psicossocial

Segundo a mesma publicação,

A intensidade das intervenções preventivas deve ser determinada pelo grau de risco cardiovascular estimado para cada indivíduo e não pelo valor de um determinado fator. Em termos práticos, costuma-se classificar os indivíduos em três níveis de risco – baixo, moderado e alto – para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares maiores. Os eventos tradicionalmente computados incluem morte por causa vascular, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. A estratificação de risco baseia-se na classificação inicial levando-se em conta o exame clínico e avança para a indicação de exames complementares quando o exame clínico apontar que o grau de risco sugere risco moderado a alto. A classificação de risco pode ser repetida a cada 3 a 5 anos ou sempre que eventos clínicos apontarem a necessidade de reavaliação (BRASIL, 2006).

Por meio da avaliação clínica podem ser identificados indicativos de alto risco, de médio risco ou a necessidade de exames laboratoriais, como pode ser visto a seguir:

1. Indicadores de alto risco

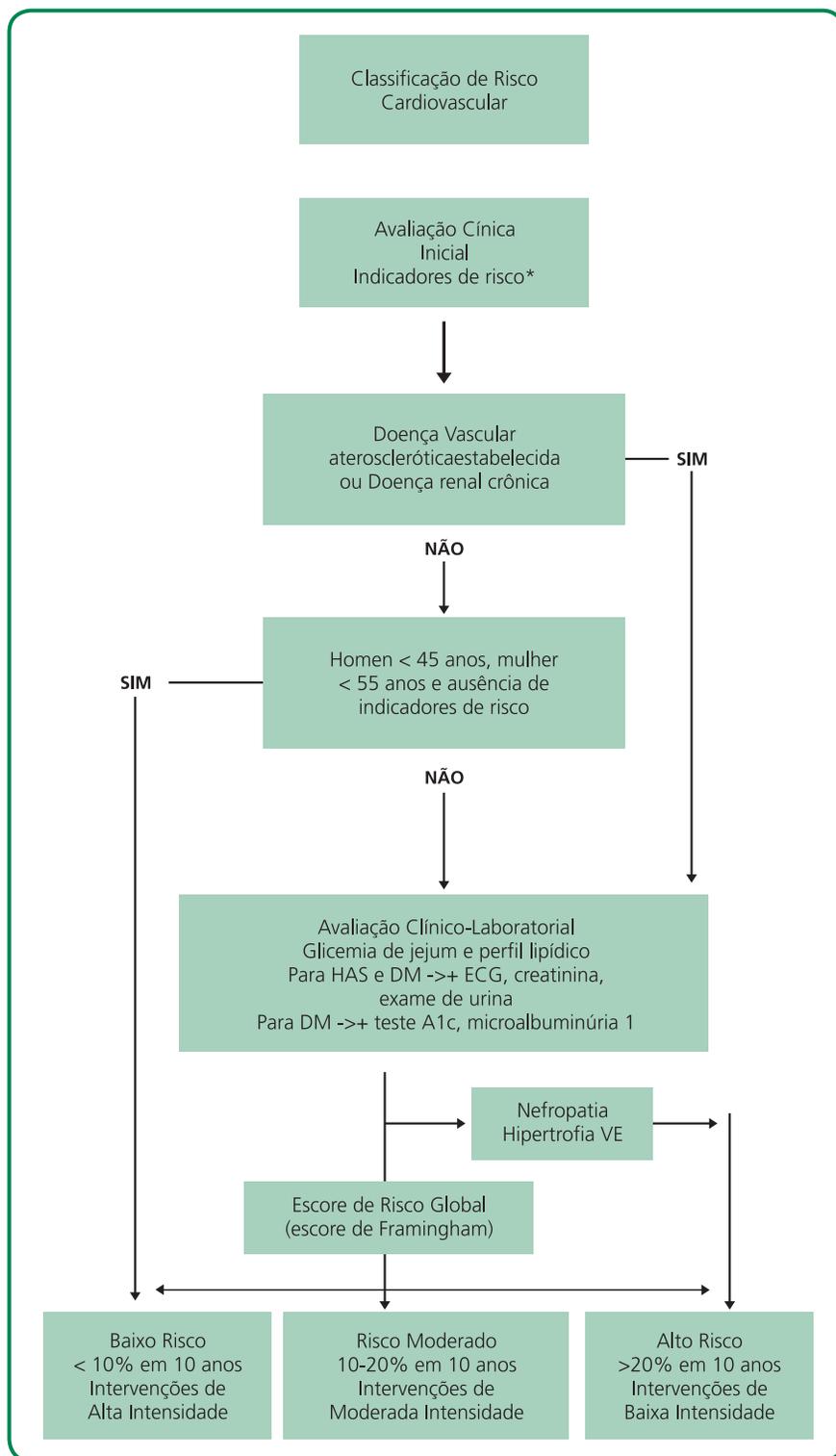
- Infarto do miocárdio prévio
- Acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório prévio
- Doença aneurismática de aorta
- Doença vascular periférica
- Insuficiência cardíaca congestiva de etiologia isquêmica
- Angina de peito
- Doença renal crônica

2. Indicadores intermediários de risco

- Idade > 45 anos homens ou > 55 anos mulheres
- Manifestações de aterosclerose
- Sopros arteriais carotídeos
- Diminuição ou ausência de pulsos periféricos
- História familiar de infarto agudo do miocárdio, morte súbita ou acidente vascular cerebral em familiares de 1º grau ocorrido antes dos 50 anos
- Diagnóstico prévio de diabete *melittus*
- Tolerância à glicose diminuída, glicemia de jejum alterada, diabete gestacional
- Diagnóstico prévio de dislipidemia
- Diagnóstico prévio de síndrome do ovário policístico
- Tabagismo
- Obesidade (IMC >30 kg/m²) ou obesidade central (cintura medida na crista ilíaca > 88 cm em mulheres; > 102 cm em homens)
- Hipertensão (>140/90 mmHg) ou história de pré-eclampsia
- História de doença renal na família (para risco de insuficiência renal)

Com a identificação dos indicadores de risco em cada usuário, é aplicado o seguinte fluxograma para classificação do risco cardiovascular (Figura 5).

Figura 5 - Fluxograma para classificação de risco cardiovascular



Fonte: Brasil (2006).

São definidas para cada nível de risco intervenções não-farmacológicas e intervenções farmacológicas, sendo estabelecidas também as competências para os diversos profissionais que compõem a equipe da Estratégia de Saúde da Família.

PARA PESQUISAR

Refleta sobre que elementos você adicionaria à abordagem de um paciente com HAS com alto risco de doença cardiovascular, considerando o que conversamos sobre risco e vulnerabilidade. Como subsídio, leia o *Cadernos de atenção básica*, n. 14 (BRASIL, 2006), disponível no CD e na biblioteca do curso.

Anote suas conclusões no Diário de Estudos.

Visita domiciliar

A atenção domiciliar é definida pela Resolução de Diretoria Colegiada n. 11, da Anvisa, em 30 de janeiro de 2006, como o termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio. Por sua vez, a Assistência Domiciliar é conceituada, na mesma Resolução, como um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio.

Segundo Giacomozzi e Lacerda (2006) o atendimento domiciliar à saúde é uma categoria diretamente relacionada à atuação profissional no domicílio, que pode ser operacionalizada por meio da visita e da internação domiciliar, envolvendo, assim, atividades que vão da educação e prevenção à recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e seus familiares no contexto de suas residências. Segundo as autoras, a visita domiciliar é uma categoria da atenção domiciliar à saúde que prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas. É um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ou atenção domiciliar à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações.

A assistência domiciliar e, em particular, a visita domiciliar (VD) podem expressar novas formas de cuidar, rompendo com a passividade das unidades tradicionais de atenção básica e estabelecendo vínculos e aproximações com os usuários e suas famílias, interagindo com os espaços-domicílios. O item IV da Portaria Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006a), relativo ao Processo de Trabalho da Saúde da Família, coloca como atribuição a prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade, prática que só pode ser obtida por um processo sistemático de visitas domiciliares.

Na definição das atribuições de cada membro da Equipe da Saúde da Família, cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada principalmente a respeito daquelas pessoas em situação de risco e acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe. No entanto, faz parte das atribuições dos demais profissionais da equipe do PSF realizar ações adequadas às suas competências nos domicílios, quando indicado ou necessário.

A visita domiciliar é um momento privilegiado para o fortalecimento do vínculo, como um elemento primordial na qualidade do cuidado. Segundo Abraão e Lagrange (2007), na VD as relações equipe/família são otimizadas, aumentando o vínculo e a responsabilidade com as ações de saúde. Segundo as autoras, a VD tem vantagens trazidas pela aproximação com o meio ambiente do grupo familiar, tornando mais fácil o planejamento das ações de saúde; estreita o relacionamento com a equipe de saúde, devido ao fato de a ação ser menos formal; possibilita maior liberdade para conversar sobre problemas. As visitas domiciliares podem ser organizadas considerando seu foco (recém-nascidos, crianças com risco de desnutrição, mapeamento da imunização, adultos que necessitam de assistência a domicílio), realização de procedimentos, busca ativa de faltosos, portadores e comunicantes de doenças sexualmente transmissíveis (DST), gestantes faltosas, gestantes com gravidez de risco, notificação de exames de risco (preventivo, por exemplo), portadores de transtornos mentais graves e acompanhamento de ações de saúde bucal.

Estes objetivos para a visita domiciliar só serão cumpridos com a participação efetiva de todos os membros da Equipe da Saúde da Família no processo, não podendo ser olhada como algo exclusivo do ACS.

Devem ser identificados os passos que serão seguidos em cada visita e o tempo previsto, o melhor horário e as prioridades definidas no plano terapêutico.

A visita domiciliar, sendo realizada sistematicamente e encarada pela Equipe da Saúde da Família como um momento especial de troca e de estabelecimento de relações de confiança, representa, no plano prático, uma das concretizações de um novo modelo de atenção que considere riscos e vulnerabilidade, que aposte em um papel mais pró-ativo das equipes no cuidado e de possibilidade de um maior protagonismo por parte dos usuários e suas famílias. A força dos modelos tradicionais, a rotatividade dos profissionais e a existência de equipes incompletas têm sido obstáculos para que a VD seja um dispositivo de toda a equipe, mesmo que sendo realizada prioritariamente pelo agente comunitário de saúde.

Para refletir

Em seu município ou região, o que você sabe sobre a realização das visitas domiciliares no âmbito das Equipes da Saúde da Família?

As informações e conhecimentos acerca dos usuários e familiares são utilizados como objeto para reflexão da equipe da ESF como um todo?

Inclua suas reflexões na biblioteca pessoal, no AVA do curso.

Projeto terapêutico singular e discussão clínica multiprofissional

Segundo a Cartilha do Programa Nacional de Humanização (PNH) denominada “Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular (PTS)” (BRASIL, 2008a), o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. A ideia-força é a consideração das singularidades de cada usuário na elaboração de um plano terapêutico que resulte de uma discussão de uma equipe multidisciplinar. Segundo o mesmo documento, o PTS tem quatro momentos: (1) o diagnóstico,

que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário; (2) definição de metas, considerando que estas devem ser conversadas e negociadas com o usuário; (3) divisão de responsabilidades, com a definição de atribuições na equipe pelas metas constantes do plano terapêutico; e (4) reavaliação das metas do PTS.

Na atenção básica e na atenção especializada, em que a longitudinalidade é mais presente e a presença do usuário não é fugaz ou rápida, a construção de um PTS não precisa ser um processo de curta duração. A equipe deve incluir em suas reflexões não só os agravos e “comorbidades” apresentadas pelos usuários, seus fatores de risco e vulnerabilidade, mas também seus desejos e projetos, assim como que sentido e que representações a doença tem para ele. Em um hospital, a permanência é mais curta, mas os casos mais complexos podem beneficiar-se da elaboração de um PTS.

Para refletir

A gestão de casos e o PTS têm semelhanças? Quais seriam? Em seu local de trabalho, as equipes se reúnem para discutir os casos e elaborar PTS?

Anote suas considerações no Diário de Estudos e discuta sobre PTS no fórum.

Equipes de referência e equipes de apoio matricial (na atenção básica e no hospital)

Como já vimos, o alcance da efetividade nas ações de saúde é um dos grandes desafios colocados para os profissionais de saúde e para os gestores. A forma pela qual as equipes de saúde se organizam em uma determinada unidade de saúde é um aspecto importante na qualidade do cuidado. Já vimos que o estabelecimento de vínculo da equipe com os usuários é um elemento que permite uma relação de confiança e de responsabilização para com as demandas dos usuários. Segundo a Cartilha da PNH “Clínica ampliada, equipe de referência e PTS” (BRASIL, 2008a), a equipe de referência pode ser exemplificada pela Equipe da Saúde da Família, que é referência para uma dada população.

Este mesmo conceito pode ser aplicado no âmbito de uma unidade tradicional da atenção básica e em uma unidade hospitalar. Em um hospital temos quartos e enfermarias, que estão distribuídos por nível

e tipo de cuidados ou pelas especialidades médicas (modelo mais tradicional). Uma equipe multidisciplinar seria responsável por um número determinado de pacientes internados, responsável pela coordenação do cuidado em todos os espaços e ambientes que o usuário necessite transitar. Esta equipe discute os casos, assume as relações com a rede social do paciente buscando informar, escutar e envolver na elaboração do plano terapêutico singular, coordena a utilização de meios diagnósticos, articula com os especialistas e profissionais organizados matricialmente, prepara a pré-alta, elabora e trabalha com indicadores e participa dos processos de educação permanente.

Esta equipe não só cuida, também faz gestão. Gestão de seus espaços e ambientes de trabalho, das relações de trabalho, da organização do cuidado. À medida que estas equipes fortalecem sua capacidade de gestão, há uma horizontalização das relações de poder, e os membros da equipe poderão, progressivamente, prescindir da interveniência de terceiros (superiores hierárquicos em cada corporação) para dialogar sobre a organização do cuidado (BRASIL, 2008a).

Horizontalização é uma forma de trabalho diário (manhãs, tardes ou manhãs e tardes), de caráter regular, ao longo da semana, ao oposto da verticalização, que se utiliza de plantões alternados.

Por outro lado, a **horizontalização** das equipes é essencial para a qualificação deste processo, pois o cuidado continuado pelos mesmos profissionais oferece segurança aos pacientes, reduz a perda de informações e aumenta muito a interação entre os profissionais. Diferentes instituições hospitalares se utilizaram deste dispositivo na última década, com sucessos evidentes na efetividade e na eficiência do cuidado.

A equipe de apoio matricial se relaciona com as equipes de referência, seja no âmbito de uma unidade de saúde, seja no âmbito de uma rede de atenção à saúde. Segundo Campos e Domitti (2007), o apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais.

O apoio matricial busca personalizar os sistemas de referência e contrarreferência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio. A decisão sobre o acesso de um caso a um apoio especializado seria, em última instância, tomada de maneira interativa, entre profissional de referência e apoiador. A atuação desta equipe matricial pode se dar em reuniões regulares e de forma cada vez mais possível e necessária, utilizando ferramentas de comunicação via web ou telefônicas, pois muitas vezes as equipes de referência e as equipes matriciais podem estar separadas por dezenas ou até centenas de quilômetros.

Um bom exemplo é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com uma composição variável de profissionais mas com foco no suporte qualificado aos membros da Equipe da Saúde da Família, para o manuseio de casos que envolvam outros conhecimentos e outros saberes profissionais. Nesta proposta fica destacado também o aspecto pedagógico da proposta de equipe matricial, pois seu foco é a qualificação da equipe para que esta possa oferecer um cuidado mais integral.

Diversas formas de atuação podem se dar no que diz respeito à equipe de apoio matricial: (1) atendimento de casos ou uma intervenção conjunta; (2) atendimento pela equipe de apoio matricial com garantia de comunicação entre as equipes e de pactuação quanto ao seguimento do paciente – dessa forma colaborando para que a equipe de referência continue acompanhando o usuário, mesmo que ele compareça periodicamente ao especialista; e (3) troca de conhecimento e de orientações, com permanência do paciente sob os cuidados da equipe de referência.

Também no hospital, os especialistas e os profissionais de saúde podem se organizar como equipes de apoio matricial. Muitas vezes, ainda que na mesma instituição, o contato das equipes responsáveis pelo paciente com um especialista se dá por meio de papel, no caso, o famoso pedido de parecer, sem prazos de resposta e, principalmente, sem o comprometimento do especialista em resolver o caso. A definição de equipes matriciais pode favorecer uma atuação mais conjunta, principalmente para a elaboração dos PTSs. Esta participação pode ser inicialmente orientada por protocolos de avaliação de risco, que contribuam para definir riscos e necessidades de cuidado.

AVALIAÇÃO FINAL DO MÓDULO 6

1. Considerando o que discutimos neste módulo e o caso de Ana, apresentado nessa unidade, reflita sobre as unidades de saúde em seu território, procurando resgatar os problemas na gestão do cuidado ao longo da trajetória de Ana.

2. Escolha um dos problemas identificados e elabore uma proposta de melhoria da qualidade da gestão do cuidado que se traduza em novos arranjos organizacionais e no emprego de ferramentas de gestão da clínica.

3. Elabore um ou mais indicadores que permitiriam um adequado monitoramento da qualidade. Para tanto utilize a tecnologia proposta para criação de uma ficha de indicadores, adaptada das recomendações da RIPSA.

Organize suas respostas e envie para o tutor, por meio da ferramenta Envio de Atividades, que se encontra no ambiente virtual de aprendizagem.

Referências

ABRAHÃO, A. L. S.; LAGRANGE, V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 151-172.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *Resolução de Diretoria Colegiada número 11, em 26 de janeiro de 2006*. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642>>. Acesso em: 8 maio 2009.

AYRES, J. C. R. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.

_____. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. *Promoção em saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

_____. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: WAGNER, G. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos da atenção básica*, n. 14: prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Brasília, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd14.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2009.

_____. *GESTHOS gestão hospitalar: capacitação a distância em administração hospitalar para pequenos e médios estabelecimentos de saúde: módulo I: os sistemas de saúde e as organizações assistenciais*. Brasília, 2002a. 140 p.

_____. *GESTHOS gestão hospitalar: capacitação a distância em administração hospitalar para pequenos e médios estabelecimentos de saúde: módulo II: gestão contemporânea nas organizações de saúde*. Brasília, 2002b. 140 p.

_____. Portaria GM/MS 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 71, 29 mar. 2006a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. *HumanizaSUS: acolhimento nas práticas de produção da saúde*. 2. ed. Brasília, 2008. (Série B. Textos básicos de saúde) Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude_2ed_2008.pdf>. Acesso em: 8 maio 2009.

_____. *HumanizaSUS: clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília, 2008a. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf>. Acesso em: 8 maio 2009.

_____. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_documento_base_4ed_2008.pdf>. Acesso em: 8 maio 2009.

BROOK, R. H.; LOHR, K. N. Efficacy, effectiveness, variations, and quality: boundary crossing research. *Medical Care*, v. 23, p. 710-722, 1985.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. Cap.2.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições; o método da roda*: São Paulo: Hucitec, 2000.

_____; AMARAL, M. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, jul./ago. 2007.

_____; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

_____; GUERRERO, A.V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008. 411 p.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas, 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.doc>>. Acesso em: 9 fev. 2008.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. *Manual de padrões de acreditação hospitalar*. Rio de Janeiro, 2000.

DONABEDIAN A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, n. 260, p. 1743-1748, 1988.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégias de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2009.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando dúvida se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO; IMS/UERJ, 2004. p. 37-56.

HOWELL, E. et al. Active bed management by hospitalists and emergency department throughput. *Annals of Internal Medicine*, v. 149, n. 11, p. 804-810, Dec. 2008.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Medicare: a strategy for quality assurance*. Washington, DC: National Academy Press. 1990. v. 2.

MAFRA, A. A. et al. *Protocolo: acolhimento com classificação de risco nas portas de entrada de urgências e emergências do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte*. 2006. Disponível em: <http://www.crh.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/revista_hob_mai06_verso_5.pdf>. Acesso em: 8 maio 2009.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; OLIVEIRA, R. C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: EdUCS; IMS/UERJ; CEPESC, 2006. p. 51-64.

MENDES, E. V. *A gestão dos sistemas de serviços de saúde no século XXI*. 2007. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/apresentacaoeugenio2.ppt#256,1,>>. Acesso em: 8 maio 2009.

_____. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. Tomos I e II.

_____ et al. *A rede de atenção à urgência e emergência: planejamento de oficinas a organização da rede de atenção à urgência e emergência*. Brasília: Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde, 2008. Mimeografado.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. *A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar assistência*. [S.l.: s.n.], 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/perda.doc>>. Acesso em: 8 maio 2009.

_____; CECILIO, L. C. O. *Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais*. Campinas, 2002. 13 p. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/concurso/coordenacaohospitalar.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2009.

MINTZBERG, H. *Mintzberg on management: inside our strange world of organizations*. [S.l.]: Ed. Free Press, 1989. 418 p.

NAVARRETE, M. L. V.; LORENZO, I. V. *Organizaciones sanitarias integradas: um estúdio de casos*. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 2007.

OTEO, L. A. (Ed.). *Gestión clínica: desarrollo e instrumentos*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos, 2006. 378 p.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO; IMS/UERJ, 2004. p. 21-36.

ONOCKO CAMPOS, R. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. São Paulo, Hucitec. 2003.

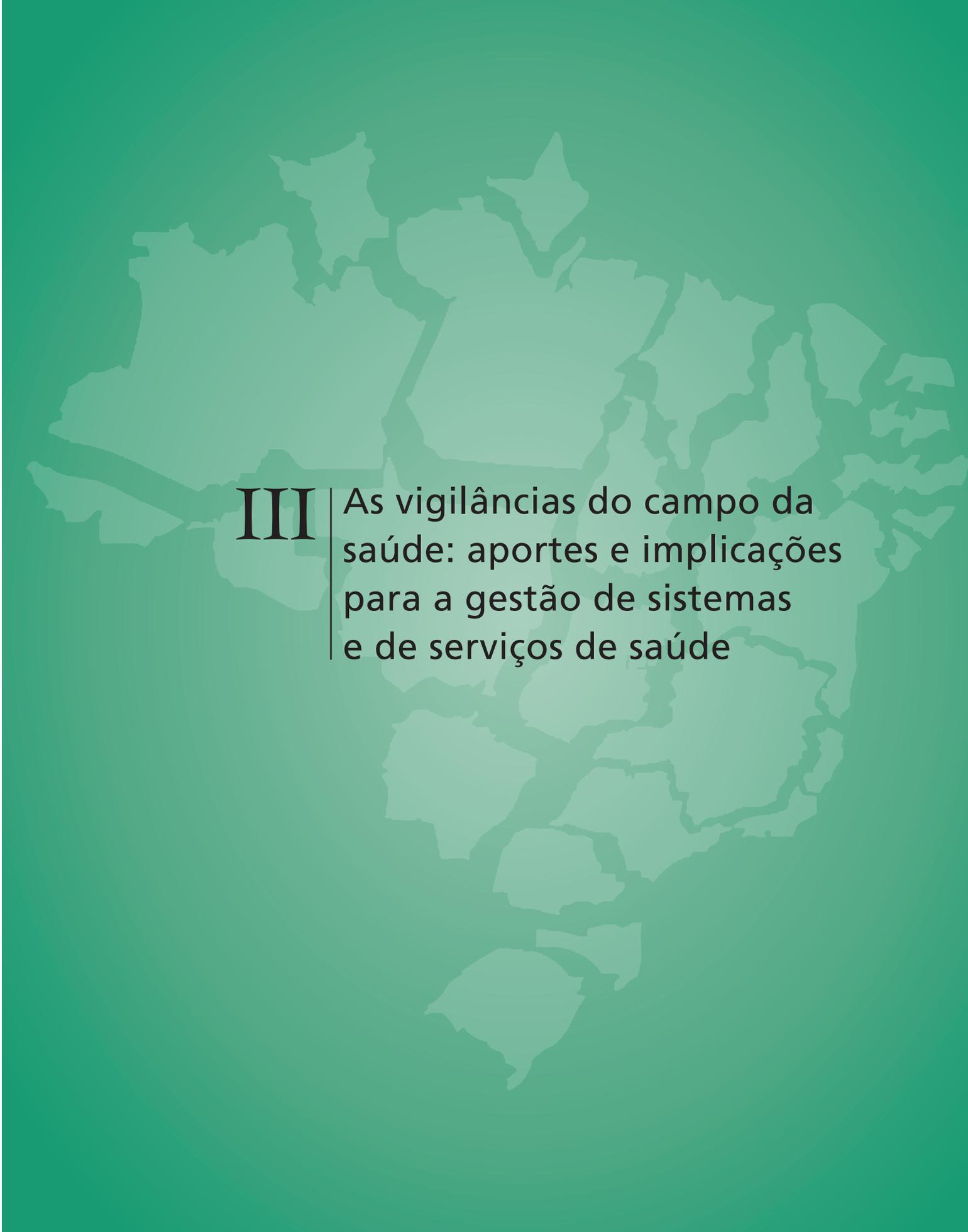
PORTELA, M.; MARTINS, M. Gestão da qualidade em saúde. In: LOPES, C. M. B.; BARBOSA, P. R. (Org.). *Educação a distância*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2008. p. 70-81.

SANTOS JUNIOR, E. A. et al. *Acolhimento com classificação de risco das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) de Belo Horizonte*. 2004. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/AcolhimentoClassificacaodeRiscodasUpasdeBH.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2009.

RANGEL-S, M. L. *Interdisciplinaridade e transversalidade: operacionalizando o conceito de risco no âmbito da vigilância sanitária*. Texto apresentado, em síntese, na Mesa Redonda Interdisciplinaridade e Transversalidade: Operacionalizando o Conceito de Risco no Âmbito das Vigilâncias, na I Jornada Norte-Nordeste de Vigilância Sanitária e III Semana de Vigilância Sanitária de Natal, realizadas em Natal, de 22 a 25 de novembro de 2005. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume30-n2/INTERDISCIPLINARIDADE E TRANSVERSALIDADE.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2009.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

VUORI, H. A qualidade da saúde. *Divulgação em Saúde Para Debate*, v. 3, p. 17-24, 1991.



III

As vigilâncias do campo da
saúde: aportes e implicações
para a gestão de sistemas
e de serviços de saúde

O caso Césio 137

Marismary Horsth De Seta, Vera Lúcia Edais Pepe e Lenice G. da Costa Reis



Este caso foi construído com base em fatos reais e matérias veiculadas na mídia. Também foi utilizado o material referente à mesa-redonda do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), realizada em 19 de dezembro de 2005, cujo áudio encontra-se disponível na Biblioteca Multimídia da Escola. Os nomes das instituições foram mantidos. Das pessoas envolvidas são apresentados os cargos ocupados ou seus primeiros nomes, omitindo-se os sobrenomes. Alguns fatos, análises e falas foram criados especialmente para a discussão de temas de interesse desta unidade de aprendizagem. Com este caso, pretendemos estimular a discussão sobre os seguintes aspectos:

- Intra e intersectorialidade;
- Atores e órgãos envolvidos e situações de omissão, uso e abuso de poder;
- Poder de polícia administrativa;
- Direito à informação;
- Comunicação do risco;
- A vertente investigativa das vigilâncias;
- A contribuição da ciência, do conhecimento científico;
- A vigilância epidemiológica, a sanitária, a ambiental e a vigilância em saúde do trabalhador.

Ao longo do caso você encontrará algumas indicações de estudo, reflexão e pesquisas, com vistas a alimentar e fomentar o debate sobre

aspectos dos temas enfocados. Os três módulos desta unidade e o caso estão interligados. Você pode – e deve – ir e voltar de um a outro (inclusive revisitar os módulos das outras unidades de aprendizagem). Invente sua própria caminhada!

No caso estão propostas atividades que você poderá discutir com seu tutor na medida de sua necessidade, assim como com outros parceiros desse processo. No final de cada módulo são apresentadas atividades referentes ao caso do Césio 137 que deverão ser encaminhadas ao seu tutor por meio da ferramenta **Envio de Atividades**, disponível no AVA. Para a realização dessas atividades, deve também ser consultado o *Caderno de Funções Gestoras e seus Instrumentos*, visto que ele provê alguns métodos e informações a serem trabalhados.

Para facilitar o processo de aprendizagem, sugerimos que você registre suas questões, dúvidas e observações durante o percurso nesta unidade, no Diário de Estudos. Esse espaço de construção é seu e poderá se tornar um ótimo instrumento de estudo e de acompanhamento de sua trajetória de reflexões.

Os antecedentes

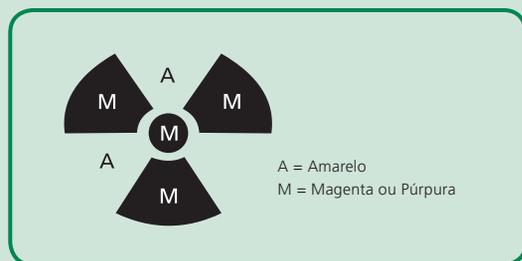
Material radioativo é aquele que contém substâncias emissoras de radiação ionizante.

Em 1972, o Instituto Goiano de Radioterapia (IGR) adquiriu uma bomba de Césio 137, de fabricação italiana, a ser utilizada na prestação de serviços médicos, após receber autorização da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN). Na época, a CNEN era responsável por atribuições de **poder de polícia** e controle dos **materiais radioativos**, nos termos das Leis n. 4.118/62 e 6.182/74 e do Decreto-Lei n. 1.982/82.

O símbolo internacional da radiação é utilizado para alertar sobre a presença de alguma fonte radioativa ou de um local contaminado por material radioativo. Esse aviso deve ser colocado nos equipamentos hospitalares que produzem radiação, em máquinas de tratamento de radioterapia para câncer e em unidades de saúde ou industriais de radiografia.

O símbolo também precisa estar aparente em aparelhos que abrigam a fonte radioativa e servir de alerta para que esse aparelho não seja desmontado, como aconteceu em Goiânia, em 1987.

Figura 1 – Símbolo internacional da radiação



Fonte: Comissão Nacional de Energia Nuclear (2004).

O IGR funcionava na Avenida Paranaíba, 1.587, Setor Central de Goiânia, em terreno que pertencia à Santa Casa de Misericórdia, que o vendeu ao Instituto de Previdência e Assistência Social do Estado de Goiás (Ipasgo). Pressionado pela Justiça, o IGR transferiu-se para outro endereço. No prédio restou abandonada, durante cerca de dois anos, a bomba de Césio 137.

Em 04 de maio de 1987, iniciou-se a demolição da construção, a mando do ex-sócio do IGR, mas havia uma pendência judicial entre a Santa Casa, o Ipasgo e o IGR, e a diretora administrativa do Ipasgo recorreu à Justiça. A demolição ficou inconclusa, pois houve embargo, ainda em maio de 1987, e o prédio ficou sem telhado, portas ou janelas.

Entre os dias 10 e 13 de setembro de 1987, quinta a domingo, Wagner e Roberto retiraram a bomba do prédio, após tê-la violado, e a levaram para a Rua 57, Setor Norte Ferroviário, onde moravam. Trabalhadores desempregados que se ocupavam como catadores de papel e sucata, um era motorista de caminhão e o outro, recondicionador de lanternas de veículo. Eles levaram o aparelho para um ferro-velho, onde parte do material foi comprada, porém a cápsula de césio foi rejeitada, pois não lhe foi atribuído valor comercial. No segundo ferro-velho, Devair comprou a cápsula e lá foi concluído o seu desmonte, durante o qual foram expostos ao ambiente 19,26 g de cloreto de Césio 137 (CsCl), pó branco semelhante ao sal de cozinha, que, no entanto, brilha no escuro com uma coloração azulada.

O encantamento com o “brilho da morte” e a disseminação do céσιο no ambiente

Na noite do dia 18, Devair foi atraído pelo intenso brilho azul que a cápsula emitia no pátio do ferro-velho. Fascinado, levou-a para dentro de casa. Nos dias que se seguiram, parentes, vizinhos e amigos o visitaram e entraram em contato com o material. A sogra de Devair, que morava em outra cidade, hospedou-se em sua casa por alguns dias. Devair distribuiu parte do pó a parentes, entre eles seu irmão Ivo, que levou fragmentos do material para sua casa dentro do bolso da calça. Na hora do almoço, Ivo colocou o material sobre a mesa e todos o tocaram. Sua filha, Leide, de seis anos, tocou a “pedra” e, ao comer um pão com ovo, ingeriu partículas do Césio 137. Devair e sua mulher passaram a apresentar dor de cabeça e vômitos. Sua sogra desenvolveu lesões no braço.

A contaminação do Césio 137 se propagou em volta do local onde ocorreu o desmanche do equipamento, no ferro-velho situado em meio a um aglomerado de casas populares. O ambiente, as casas e seus habitantes foram contaminados ou expostos.

Os fatos

Wagner, Roberto e, mais tarde, as outras pessoas que estiveram em contato com a “peça” começaram a apresentar tonteadas, náuseas e vômitos. Recorreram às farmácias, ao posto de saúde e aos hospitais. No Hospital São Lucas, Wagner teve o mal-estar diagnosticado como reação alérgica a alimentos.

As pessoas foram medicadas apenas sintomaticamente durante vários dias. A peregrinação pelos serviços de saúde continuou. A esposa de Devair, com seu quadro se agravando, dezesseis dias após o acidente, procurou novo atendimento. Relatou para os médicos que, após seu marido desmontar um aparelho, os vômitos e diarreia se iniciaram. Sugeriu-se que um fragmento do aparelho fosse levado para a Vigilância Sanitária.

Por volta das 10 horas do dia 28 de setembro de 1987, um casal entregou na sede da Vigilância Sanitária de Goiás (Visa), um saco de estopa

que continha um cilindro com aspecto de alumínio. Disseram que “aquela peça tinha uma pedra que estava fazendo mal para sua família, e que um médico sugeriu que ela fosse levada para a Vigilância Sanitária para ser examinada”.

O saco foi levado da sala da Divisão de Cadastro para a Divisão de Alimentos, onde permaneceu por dois dias sobre uma mesa, e depois sobre uma cadeira, até que a Chefia pediu que ele fosse levado para o pátio da entrada da Visa, pois estava atrapalhando o trabalho, visto que emitia reflexos na parede e dificultava o trabalho na seção.

Nesses dois dias, vários funcionários abriram o saco, olharam a peça, cheiraram-na na tentativa de identificar o seu conteúdo, e se fascinaram com o brilho que emitia quando a luz do ambiente era apagada. Enfim uma servidora sugeriu que a peça poderia ser radioativa; a partir daí, contactou-se um físico, pessoa das relações de um servidor.

Uma das versões sobre quem teria detectado a radiação conta que foi um físico da Nuclebrás, à época gerente, que dispunha de um medidor de radiação. Contactado fora do horário do expediente, dirigiu-se à Vigilância Sanitária e informou que a cerca de três quadras do local os alarmes soaram. Não havia dúvida, a irradiação estava se espalhando por toda a área... Consta que o físico teria perdido o cargo por ter medido a radiação e divulgado o fato sem a devida autorização.

Em 30 de setembro de 1987, uma funcionária da Vigilância Sanitária do estado foi avisada por telefone, por um senhor que dizia ser físico, para evacuar o local. Embora a linguagem utilizada não tenha sido bem entendida, comunicou-se o fato ao secretário estadual de saúde de Goiás, que contactou o governador do estado.

Acontecia o acidente de Goiânia com o Césio 137, o maior acidente radiológico do mundo.

Os desdobramentos imediatos

A CNEN foi acionada. O chefe do então Departamento de Instalações Nucleares dirigiu-se a Goiânia no mesmo dia. Ao chegar, acionou dois médicos, um da CNEN e outro da Nuclebrás, que chegaram a Goiânia ainda no dia 30, quando a Secretaria de Saúde do estado fazia a triagem

dos acidentados em um estádio de futebol, e a área onde se situava a Vigilância já fora isolada.

Devair, seus familiares, e os demais envolvidos diretamente foram convencidos a deixar suas casas, visto que a propagação do Césio 137 se deu inicialmente para as casas próximas ao local do desmonte do aparelho. Mas, pelo fato de o cloreto de césio absorver água da atmosfera, ele passa a aderir à pele, às roupas e aos calçados. Outras formas de disseminação no ambiente também ocorreram, e um dos maiores focos de contaminação ambiental foi a casa no Lote 26 B (casa da fossa) de Edson e Ernesto Fabiano, vizinhos de Devair, que tendo levado para casa parte do césio, depois o despejaram no vaso sanitário. Os outros grandes focos foram detectados e demolidos.

A descontaminação das áreas e materiais afetados produziu 13,4 toneladas de lixo contaminado: roupas, utensílios, plantas, restos de solo e materiais de construção. Esses rejeitos, armazenados em cerca de 1.200 caixas, 2.900 tambores e 14 contêineres, encontram-se depositados em Abadia de Goiás, cidade vizinha a Goiânia, em depósito especialmente construído. A previsão é de que ali permaneçam por, pelo menos, 180 anos.

Rejeito radioativo é qualquer material resultante de atividades humanas que contenha radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas da CNEN. Interessante observar que a CNEN dispõe de norma específica para o gerenciamento desses rejeitos desde 1985 (<http://www.cnem.gov.br/>).

O transporte dos **rejeitos radioativos** foi feito por funcionários do Consórcio Rodoviário Intermunicipal S. A. (Crisa) e por trabalhadores recrutados a esmo. “Esse cidadão trabalhador braçal era ‘chapa’, orientava os caminhões que iam descarregar na cidade. Foi recrutado. O pessoal da CNEN colocou um aparelho na mão dele, um dosímetro no peito, uma canetinha, e ele virou ‘técnico’” (fala de Odesson, presidente da Associação das Vítimas do Césio, durante mesa-redonda na Ensp, em 2005).

Uma matéria sobre o acidente com o césio no site Biodireito Medicina informa que durante seis meses – do final de setembro de 1987 a 30 de março de 1988 – uma operação de guerra silenciosa realizou-se em Goiânia. Os soldados seriam cerca de 320 profissionais – 220 do Crisa e cerca de cem policiais militares, sem contar trabalhadores avulsos (matéria de Cláudia Viegas, jornalista, consulta em 16 de março de 2006). Os policiais foram chamados inicialmente para evacuar a área em função de um vazamento de gás, sendo-lhes ocultado o verdadeiro motivo.

As vítimas oficiais

Foi noticiado que das 112.800 pessoas monitoradas, 129 apresentaram contaminação corporal interna e externa (VIEGAS, 2005). Destas, 49 foram internadas e 21 exigiram tratamento intensivo; as 14 mais graves foram transferidas para o Hospital Marcílio Dias, no Rio de Janeiro. As pessoas expostas foram classificadas em três grupos – Grupos I, II e III –, de acordo com o grau de exposição à radiação.

Morreram cerca de um mês após receber altas doses de radiação:

- Maria Gabriela, 29 anos, foi a primeira vítima a morrer. Ela foi a óbito no dia 23 de outubro de 1987.
- Leide, que ingeriu partículas de Césio 137, morreu aos 6 anos de idade, em 23 de outubro.
- Israel, 18 anos, trabalhava no ferro-velho onde foi aberta a cápsula. Contaminado, morreu no dia 27 de outubro.
- Admilson, 18 anos, também empregado do ferro-velho, morreu em 28 de outubro.

Em 2005, a mídia noticiou que 612 pessoas recebiam algum benefício do governo de Goiás. O Grupo I contava com 44 vítimas, que recebem assistência médica integral e pensões mensais vitalícias, no valor de R\$ 400,00 a R\$ 800,00. As 52 vítimas do Grupo II recebem assistência médica integral e uma pensão de R\$ 400,00. O Grupo III é o que recebe o menor pacote de benefícios e atende o maior número de pessoas: 516. Nem todos deste grupo recebem pensão, fixada em um salário mínimo. Eles também não contam com remédios gratuitos, mas são monitorados em consultas médicas periódicas.

Alguns desdobramentos da tragédia

Em 31 de agosto de 1988, pelo Decreto n. 96.624, foi fixada a competência da CNEN para, dentre outras, expedir regulamentos e normas de segurança relativas ao tratamento e à eliminação de rejeitos radioativos e autorizar a utilização de radioisótopos para pesquisas e usos medicinais, agrícolas, industriais e atividades análogas.

Ainda em 1988, o Conselho Nacional de Saúde emitiu a Resolução n. 6, de 21 de dezembro (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1989),



Veja a reportagem completa sobre este acidente no site Biodireito Medicina, em <http://www.biodireito-medicina.com.br/website/internas/noticias.asp?idNoticia=68>

E assista a alguns vídeos no Youtube, nos endereços eletrônicos:

<http://www.youtube.com/watch?v=kdC70RKqQWk>

http://www.youtube.com/watch?v=WYg1xyD_yxE&feature=related

A **Secretaria de Vigilância Sanitária**, que substituiu a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, existiu até 1999, quando foi substituída pela Anvisa, criada pela Lei n. 9.782, de janeiro de 1999.

que instituiu o licenciamento obrigatório dos estabelecimentos que lidam com radiações ionizantes pelos serviços estaduais de vigilância sanitária, bem como a obrigatoriedade de um plano de radioproteção aprovado pela CNEN.

Quase dez anos depois, surgiu a Portaria n. 453, de 1 de junho de 1998, da **Secretaria de Vigilância Sanitária**. Para a área da saúde, é **essa portaria** que disciplina a radioproteção e que contém as recomendações do Grupo Assessor Técnico-científico em radiações ionizantes, instituído pela Portaria n. 595, de 20 de abril de 1995.

Em 17 de março de 2000, o juiz federal substituto da 8ª Vara em Goiás proferiu sentença condenatória por danos ambientais ocorridos por causa do acidente com o Césio 137. São réus: a CNEN, o Ipasgo, o médico dono do IGR e um físico hospitalar. A sentença, além de indenizações pecuniárias, condenou a CNEN a garantir atendimento médico-hospitalar, técnico-científico, odontológico e psicológico às vítimas diretas e indiretas reconhecidamente atingidas, até a 3ª geração; a viabilizar o transporte das vítimas em estado mais grave para a realização de exames, caso necessário; a prosseguir o acompanhamento médico da população de Abadia de Goiás e prestar eventual atendimento médico, em caso de contaminação.

Em março de 2001, o Ministério Público instaurou inquérito para apurar denúncias. Funcionários que trabalharam na época do acidente prestaram depoimento e fizeram exames. Em novembro de 2001, saiu a decisão: 14 anos após o acidente, mais 600 pessoas são incluídas na lista de vítimas do acidente com o Césio 137. O Ministério Público Estadual afirmou, na época, que oito pessoas morreram em consequência de doenças provocadas pelo césio e que estas mortes nunca entraram nas estatísticas oficiais. O promotor mostrou o atestado de óbito de um funcionário do estado que trabalhou no local do acidente. A causa da morte atestada era insuficiência respiratória, mas os exames demonstraram que ele tinha câncer nos rins e pulmões.

A responsável pela Superintendência Leide das Neves (Suleide), da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás – órgão que sucedeu a Fundação Leide das Neves, criada em 1988, no acompanhamento das vítimas –, diz que é difícil relacionar as mortes e as doenças denunciadas agora ao acidente com o césio. “Nós nunca vamos ter como provar isso.

No entanto, eu acho que elas devem ser atendidas e tratadas” (MAIS VÍTIMAS..., 2001). O estado e o Ministério Público fizeram um acordo para que as novas vítimas, seus filhos e netos recebam assistência médica e indenização.

Em 2004, dezessete anos após o acidente, a representação das vítimas do acidente foi recebida no Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana, após o apoio do Greenpeace e do Conselho Regional de Psicologia de Goiás. Entregaram um pedido ao Ministério da Justiça, pedindo assistência para 700 vítimas ainda desassistidas.

Em 2005, um policial militar obteve o direito de receber pensão mensal de R\$ 400,00 por seqüela do acidente radioativo em Goiânia, em 1987. A decisão do desembargador do Tribunal de Justiça de Goiás (TJ-Goiás) reformou decisão da 3ª Vara da Fazenda Pública Estadual. O TJ-Goiás acatou os argumentos do policial militar, portador de doença crônica resultante dos serviços prestados na guarda de destroços radioativos do acidente, onde trabalhou de 5 de novembro de 1987 a 9 de junho de 1995. Concedeu-se, assim, o direito à pensão mensal, nos termos do artigo 4º da Lei Estadual 14.226/2002 (POLICIAL..., 2005).

Em 2005, a professora Aminadab Rodrigues Rodarte, do Departamento de Enfermagem da Universidade Católica de Goiás (UCG), divulgou o estudo “A saúde mental em indivíduos envolvidos no acidente com Césio 137 em Goiânia”. Ela aponta que 78,2% das pessoas envolvidas no acidente com o Césio 137 ocorrido em Goiânia 18 anos antes apresentam indicativos de transtorno mental, percentual significativamente maior que aqueles encontrados na literatura consultada, que trabalha com o índice de aproximadamente 10% para a população em geral.

Em 11 de novembro de 2005, o Ministério do Trabalho e Emprego emitiu a Portaria n. 485, que aprovou a Norma Regulamentadora n. 32, que trata da segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde. Dentre outros itens, ela dispõe sobre a proteção radiológica do trabalhador de saúde.

Em 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária emitiu a Resolução RDC n. 20, de 2 de fevereiro, que estabelece o regulamento técnico para o funcionamento de serviços de radioterapia, visando à defesa da saúde dos pacientes, dos profissionais envolvidos e do público em geral.

Enquanto isso... Devair morreu anos depois, com problemas hepáticos, doença que, segundo os médicos da Suleide, não se desenvolveu devido a exposição do paciente à fonte radioativa.

Enquanto isso... Muitas vítimas do césio aguardam assistência e reparação.

Segundo a CNEN, uma fonte de radiação pode ser um aparelho ou material que emite ou é capaz de emitir radiação ionizante; fontes radioativas são materiais radioativos utilizados como fonte de radiação (COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR, 1997).

Para refletir

Você poderia informar sobre a existência e a localização de fontes de radiação em seu hospital/município/estado?

Compartilhe com os membros da sua equipe as dificuldades e os caminhos que você trilhou para obter essas informações.

Registre suas reflexões e comentários no seu Diário de Estudos.

As controvérsias

A fala da ciência

Nesse episódio de Goiânia, o interesse dos cientistas foi muito grande. Para alguns, a tragédia significou uma oportunidade para verificar os conhecimentos teóricos e para adquirir novos conhecimentos. Em função do *know-how* acumulado, o Brasil passou a ser referência mundial nas questões que tratam de intervenção em acidentes relacionados à radiação.

Outros especialistas reafirmam que do acidente resultou a utilização do medicamento azul-da-prússia com o objetivo de reduzir a contaminação; a realização de exercícios físicos e de ingestão de líquidos para eliminar o césio através do suor; de novos medicamentos para a recuperação da medula dos contaminados e, ainda, o desenvolvimento de novas abordagens psicológicas (MANIPULAÇÃO, [200-]).

Um renomado físico brasileiro afirmou que o acidente radiológico foi também um acidente social. Alertou que a qualquer momento podemos ter notícia de um acidente semelhante ao ocorrido em Goiânia, pois são muitas as bombas de césio e de cobalto sem controle pelo território do país. Ele também disse:

Goiânia chocou o mundo principalmente porque as pessoas não foram atingidas pela falha de um dispositivo tecnologicamente complicado, mas pelo descaso de quem simplesmente abandonou uma bomba de césio num local de acesso público (JOSÉ, 1999).

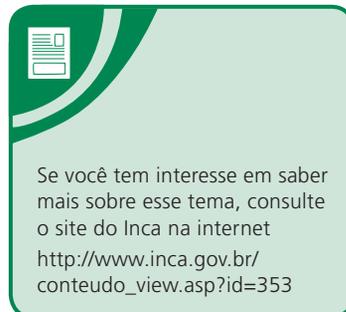
Um pesquisador epidemiologista diz que foram avaliadas as condições de saúde, do ponto de vista epidemiológico, da coorte acidentada em Goiânia. O pesquisador relata que: a) em Goiânia, diferentemente de outros casos de desastre ambiental, a população vem sendo avaliada periodicamente, semestral ou anualmente; b) existe uma ampla documentação clínica da coorte acidentada; c) havia uma medição da exposição no estádio; em função dessa medição, a população foi classificada nos Grupos I, II e III.

Esse epidemiologista também informou que os filhos dos acidentados foram monitorados: 47 crianças nasceram, cinco das quais com exposição intrauterina. Em relação à mortalidade entre os indivíduos altamente afetados, eram esperados cinco óbitos (razão padronizada de mortalidade ajustada por idade). Até o ano de 2005, ocorreram sete óbitos, alguns por causas não-associadas à exposição (síndrome urológica não identificada, gastroenterite, cirrose hepática etc.). É importante destacar que Goiânia tem hoje o melhor registro de câncer de base populacional do país, reconhecido pela OMS. O pesquisador conclui que a incidência de câncer nessa coorte é menor que a esperada.

Coorte é um conjunto de pessoas que têm em comum um evento/uma exposição que se deu no mesmo período; esse grupo de pessoas é acompanhado ao longo do tempo para observação de alguns desfechos. Sobre esse tema, consulte também os livros de epidemiologia.

REGISTRO DE CÂNCER DE BASE POPULACIONAL

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (Inca) esse registro coleta dados de uma determinada população (com diagnóstico de câncer), em área geográfica delimitada. Fornecem informações sobre o número de novos casos e permite identificar as áreas mais afetadas pela doença, os fatores ambientais que podem estar a ela relacionados.



Para o mesmo epidemiologista, não há como relacionar o aumento da incidência de câncer e de transtornos reprodutivos em Goiânia com o acidente com o Césio 137, pelo que se observou na coorte contaminada. No entanto, chama a atenção para o ônus psíquico, que foi enorme em Goiânia. Observa que a população de Goiânia sofreu discriminação, que há um clima psicológico não resolvido que se traduz num profundo sentimento de diminuição de autoestima. Aponta, ainda, que, quando a comunicação de risco é feita de forma sensacionalista para uma população com nível de conhecimento limitado, isso pode gerar medidas preconceituosas e de isolamento social, que, nesse caso específico, não desaparece após quase 20 anos.

Contaminação, radioativa ou não, caracteriza-se pela presença indesejável de um material em local onde não deveria estar. No caso de materiais radioativos, a contaminação gera irradiações. A irradiação é a **exposição** de um objeto ou um corpo à radiação, o que pode ocorrer a alguma distância, sem necessidade de contato íntimo.

Para outra pesquisadora que trabalha com radioproteção, a **contaminação** se deu por contato direto das pessoas com as partículas do material radioativo que atingiram a pele ou foram ingeridas. A exposição se deu naqueles indivíduos que ficaram nas proximidades da fonte ou de pessoas contaminadas, uma vez que estas, após a contaminação, tornaram-se fontes vivas, de maior ou menor intensidade.

Essa mesma pesquisadora aponta uma preocupação crescente dos órgãos reguladores com os riscos de doses baixas de radiação. Isso pode ser atestado pela redução gradativa dos limites da dose ocupacional anual para trabalhadores, de 600 mSv (nos anos 1930) para 20 mSv (limites atuais). Essa redução se deu à medida que foram sendo constatados os efeitos nocivos e a longo prazo das radiações ionizantes nos seres humanos.

A fala da Vigilância Sanitária

Na mesa-redonda realizada na Ensp em 2005, uma ex-coordenadora da Vigilância Sanitária de Goiás lembrou que, um ano antes do acidente, um grupo de coordenadores estaduais de vigilância sanitária reivindicou maior atenção para essa área. Em 1990, os coordenadores fizeram a *Carta de Vitória* e foram ao Congresso Nacional reivindicar que a vigilância sanitária fosse adequadamente tratada na Lei n. 8080, em processo de elaboração. Reconheceu que faltou conhecimento para intervir e minimizar os riscos e que havia nove funcionários da Vigilância Sanitária com diagnóstico de câncer.

Uma das dificuldades alegadas por profissionais da Visa era a ausência de norma específica que desse embasamento técnico e legal para a ação de inspeção e para a intervenção. Somente com a publicação da Portaria n. 453, em 1998, pela Secretaria de Vigilância Sanitária, é que se começou a inspecionar os serviços de saúde que lidam com radiação.

A fala dos movimentos sociais

Greenpeace

O Greenpeace é uma organização que atua desde a década de 1970 e se atribuiu a missão de defender o meio ambiente e promover a paz. O caso do Césio 137 foi acompanhado por ela, que disponibiliza diversos documentos em seu site na internet:

Os soldados da Polícia Militar e do Exército que foram convocados para isolar a área atingida, sob o pretexto de conter um vazamento de gás de cozinha, foram contaminados e têm apresentado alta incidência de casos de câncer. Os ‘técnicos’ responsáveis pelo desmonte das casas atingidas e pelo transporte do material contaminado para o lixão atômico de Abadia de Goiás eram, na verdade, simples carregadores braçais (conhecidos como ‘chapas’), contratados em uma praça próxima ao local do desastre e protegidos apenas por capas de chuva compradas em uma loja qualquer. As vítimas classificadas como sendo do Grupo 1, aquelas que tiveram contato direto com o Césio 137 e que acabaram por se transformar em fontes radioativas, tamanha a sua contaminação, continuaram tendo contato com o público em geral por cerca de 10 dias após o acidente, o que significa que milhares de pessoas foram expostas à radiação (GREENPEACE, [200-]).

Associação das Vítimas do Césio

A Associação foi criada para apoiar e defender os direitos das vítimas do césio. Vem lutando desde então pelo fornecimento de medicamentos e assistência à saúde, pelo pagamento de pensões e pela inclusão de vítimas que inicialmente não foram cadastradas. É presidida por Odesson Alves Ferreira, ele próprio uma das vítimas.

A Associação e o Ministério Público de Goiás, em 2002, conseguiram que o governo de Goiás reconhecesse, em lei específica, o direito de servidores da Crisa e de 417 policiais e bombeiros que atuaram na vigilância dos focos.

Esse direito, entretanto, só se efetivou no ano de 2007, vinte anos depois do acidente. O benefício, que desde 2002 era reivindicado por 860 pessoas, só foi reconhecido para mais 199 trabalhadores civis vítimas da tragédia, além dos policiais e bombeiros citados.

Uma das cenas mais doídas para mim, que sou uma das vítimas diretas, foi o enterro da Maria Gabriela e da Leide, minha cunhada e minha sobrinha. Durante o enterro as pessoas da cidade jogavam pedras, porque não queriam que os corpos fossem enterrados no cemitério da cidade. Foi um tumulto danado, a polícia teve que entrar no meio e controlou o tumulto, incitado por uma pessoa, que era vereador e hoje é deputado (FERREIRA, 2005).

Quanto aos dados de incidência de câncer na população, há uma grande controvérsia. Odesson lembrou a Nota Técnica n. 15, do Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional da Saúde (Cenepi/Funasa). Essa nota informava sobre os estudos da Suleide/SES que demonstraram que, para o grupo populacional diretamente exposto ao acidente, até o final do ano de 2001 a incidência de casos de câncer era 5,4 e 3,3 vezes maior do que aquela encontrada na população masculina e feminina de Goiânia, respectivamente. A própria Associação fez um levantamento de porta em porta, pegando o atestado de óbito. Obtiveram, em 341 residências próximas ao foco, 84 casos de câncer.

Outro aspecto levantado por Odesson diz respeito aos danos ambientais:

Chovia muito na época, e um alemão que veio disse que está tudo errado, está chovendo muito, o terreno teria que ser impermeabilizado. A demolição das casas era feita com os bombeiros jogando água para não levantar poeira, mas a água ia para o lençol freático (FERREIRA, 2005).

Sobre as medidas adotadas pelo poder público para a proteção ao ambiente, destacou que uma delas foi o revestimento dos túmulos com concreto e o encapsulamento dos caixões com chumbo. O caixão da menina Leide pesou 700 kg.

Quanto à qualidade da atenção prestada às vítimas, fez os seguintes comentários:

A gente não acredita nos números da CNEN. Das 249 pessoas que a CNEN assume como vítimas reais e que merecem algum tipo de atenção (...), 100 são do grupo três, que só tem direito a uma consulta anual, sem direito sequer a um comprimido. [...] Os exames que eu faço semestralmente só são vistos pelos médicos se eu quiser e não são cobrados pela equipe de saúde. O maior número de prontuários das vítimas desapareceu no hospital na transferência (FERREIRA, 2005).

Acrescentou, ainda, sua preocupação com as vítimas do grupo III, que não fazem exames. Referiu-se à intervenção da pesquisadora da Fiocruz, doutora em física atômica e molecular, sobre as repercussões danosas para a saúde mesmo de pequenas doses.

Fórum Permanente de Prevenção e Controle de Acidentes Radiológicos e Nucleares (Focar)

Esse fórum é composto por sete entidades (Grupo de Mulheres Negras – Malungas; Associação das Vítimas do Césio 137; Conselho Regional de Técnicos em Radiologia – 9ª Região; Conselho Regional de Psicologia – 9ª Região, Greenpeace, Comissão de Direitos Humanos da OAB-GO e Ministério Público de Goiás). Tem como finalidade resgatar a cidadania das vítimas do Césio 137 e atuar para a prevenção e controle de acidentes radiológicos e nucleares.

Esse grupo elaborou um documento denominado *Carta de Goiânia*, apresentado no V Fórum Social Mundial. Dele constam reivindicações das vítimas do acidente com o Césio 137 que ainda aguardam que o Estado assuma sua responsabilidade e cumpra seu dever. A Carta alerta sobre a necessidade de políticas públicas para enfrentar os efeitos presentes e futuros do acidente, que deve ser abordado em toda a sua dimensão, afirmando que os piores efeitos (tanto em número de vítimas quanto em tipos de doença) ocorrem após um período de latência de 30 anos.

E mais:

Pior ainda é constatar a intransigência do “discurso científico oficial”, que insiste em não reconhecer relação entre a alta incidência de casos de câncer que está ocorrendo nas populações residentes nas proximidades dos lugares que foram contaminados e o acidente de 1987. Ciência paradoxal que cala durante 18 anos e deixa sem esclarecimentos uma sociedade inteira, e repentinamente quer negar categoricamente o que é visível a olho nu. O correto seria considerar os fatos e humildemente analisá-los como manda a boa ciência. Considerando a negligência estatal que gerou a tragédia de Goiânia e seu descompromisso em relação às vítimas, causam perplexidade as pretensões nucleares do governo quando se sabe que não há sequer um controle mínimo efetivo sobre materiais radiológicos no país. Em Goiânia, 19 gramas de Césio 137 geraram 13 toneladas e meia de rejeitos radioativos, milhares de vítimas e 300 anos de problemas. E nossas usinas nucleares, se tratadas com a mesma negligência... (FÓRUM SOCIAL MUNDIAL, 2005).

Para refletir

Identifique pontos de dissenso entre as falas dos movimentos sociais e da comunidade científica.

Reflita sobre as críticas feitas à atuação do poder público por esses atores, colocando-se no lugar de dirigente da vigilância sanitária.

Registre suas reflexões.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC n. 20, de 2 de fevereiro de 2006. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento de serviços de radioterapia, visando a defesa da saúde dos pacientes, dos profissionais envolvidos e do público em geral. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 fev.2006. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20741&word>>. Acesso em: 16 mar. 2006.

BRASIL. Decreto n. 96.624, de 31 de agosto de 1988. Altera o artigo 8 do decreto 75.569, de 7 de abril de 1975, que dispõe sobre a competência da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1 set. 1988.

_____. Decreto-lei n. 1.982, de 28 de dezembro de 1982. Dispõe sobre o exercício das atividades nucleares incluídas no monopólio da união, o controle do desenvolvimento de pesquisas no campo da energia nuclear, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 dez. 1982.

_____. Lei n. 4.118, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre a política nacional de energia nuclear e cria a Comissão Nacional de Energia Nuclear e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19 set. 1962.

_____. Lei n. 6.182, de 11 de dezembro de 1974. Fixa a retribuição do grupo-magistério, do serviço civil da união e das autarquias federais, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 dez. 1974.

_____. Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 27 jan. 1999. Disponível em: <<http://www.lei.adv.br/9782-99.htm>>. Acesso em: 7 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 595, de 20 de abril de 1995. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 5.742, 25 abr. 1995.

_____. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria n. 453, de 1 de junho de 1998. Aprova o regulamento técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 7, 2 jun. 1998.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n. 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora n. 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 nov. 2005. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2009.

CAMPBELL, U. Compensação tardia. *Correio Braziliense*, Brasília, 26 jun. 2005. Disponível em: <http://www.unafisco.org.br/noticias/clipping/2005/SRF%20260705.doc>>. Acesso em: 16 mar. 2006.

COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (Brasil). Resolução n. 27, de 17 de dezembro de 2004. Aprovar a Revisão da Norma CNEN-NE-3.01 - "Diretrizes Básicas de Radioproteção". *Diário oficial da União*, Brasília, n. 4, p. 9, 6 jan. 2005.

_____. Resolução n. 2, de 15 de setembro de 1997. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 out. 1997.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução n. 6, de 21 de dezembro de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 315, 5 jan. 1989. Disponível em: <<http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/98.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2009.

FERREIRA, O. A. Mesa redonda realizada na Ensp. Rio de Janeiro, 2005.

FÓRUM SOCIAL MUNDIAL, 5., 2005, Porto Alegre. *Memória*. Porto Alegre, 2005.

GOIÁS. Lei n. 14.226, de 8 de julho de 2002. Reajusta os valores das pensões especiais que especifica, dispõe sobre a concessão de pensões especiais às pessoas irradiadas ou contaminadas que trabalharam na descontaminação da área acidentada com o Césio 137, na vigilância do Depósito Provisório em Abadia de Goiás e no atendimento de saúde às vítimas diretas do acidente e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado de Goiás*, Goiânia, 26 set. 2002. Disponível em: <http://www.gabinetecivil.goias.gov.br/leis_ordinarias/2002/lei_14226.htm>. Acesso em: 16 mar. 2006.

GREENPEACE. Insegurança nuclear no Brasil ainda continua. [S.], 200-]. Disponível em: <http://www.greenpeace.com.br/energia/pdf/nuclear_inseguranca.pdf>. Acesso em: maio 2009.

JOSÉ, P. Ciência mais rica e o mundo mais seguro. In: NÓS e as radiações. [S.l., 1999?]. Disponível em: <<http://www.nuclear.radiologia.nom.br/irradiad/cesio/cesio2.htm>>. Acesso em: maio 2009.

MANIPULAÇÃO. *Nós e as radiações*. [200-]. Disponível em: <<http://www.nuclear.radiologia.nom.br/irradiad/cesio/cesio2.htm>> Acesso em: maio 2009.

MAIS vítima do césio. *Últimas Notícias*, Goiânia, nov. 2001. Disponível em: <http://atomico.no.sapo.pt/00_01.html>. Acesso em: 16 mar. 2006.

POLICIAL contaminado por Césio 137 obtém direito à pensão. *Consultor Jurídico*, 10 jul. 2005. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2005-jul-10/policial_contaminado_cesio_137_obtem_direito_pensao>. Acesso em: maio 2009.

RODARTE, A. R. *A Saúde mental em indivíduos envolvidos no acidente com o Césio 137 em Goiânia*, 1987. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – UFMG, 2003.

VIEGAS, C. Quase 18 anos depois, vítimas do césio ainda esperam por justiça. *Biodireito-Medicina*, 28 jan. 2005. Disponível em: <<http://www.biodireito-medicina.com.br/website/internas/noticias.asp?idNoticia=68>>. Acesso em: 16 mar. 2006.

7. As vigilâncias do campo da saúde, o risco como conceito fundamental e a caracterização dos seus processos de trabalho

Marismary Horsth De Seta e Lenice G. da Costa Reis



Frequentemente a discussão sobre gestão da saúde é centrada no componente da assistência e nos serviços assistenciais. Entretanto, ao gestor de um sistema local ou regional de saúde cabe responder também pela execução de ações de caráter coletivo e pela implementação de ações preventivas, de proteção e de promoção da saúde e, dentre essas, aquelas denominadas como “vigilâncias”.

Abordaremos as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde do trabalhador e ambiental do ponto de vista do que elas têm em comum e do que as diferenciam. Vamos tratá-las assim, plurais, ao mesmo tempo que apontaremos as tendências para sua organização no SUS. A ênfase, neste módulo, não será nas suas estruturas, mas no conteúdo dessas práticas, de algumas ações necessárias – também porque elas são um direito da cidadania –, e da natureza do trabalho a realizar. Maior ênfase será dada às duas primeiras; dentre outros motivos, pelos seus aspectos institucionais e de tradição no campo da saúde.

Para início de conversa: Por que “vigilâncias do campo da saúde” ou “vigilância(S) em saúde”?

Para denominar o conjunto de práticas que os módulos desta unidade abrangem (as vigilâncias sanitária, epidemiológica e a ambiental, bem como a vigilância em saúde do trabalhador) será utilizada a expressão “vigilâncias do campo da saúde” ou “vigilância(S) em saúde”, assim mesmo, no plural, e não “vigilância em saúde”, “vigilância da saúde”

ou mesmo “vigilância à saúde”. Essa opção, que se adotou para alcançar maior clareza, é motivada por vários fatores, dentre os quais os relacionados nos itens a seguir.

Os diferentes significados do termo “vigilância da/na/em saúde”

Esses diferentes significados podem se expressar de maneira diversa na realidade concreta do SUS, em suas práticas e em seu arcabouço institucional. Neste, inclusive, a depender da esfera de governo de que se está falando, a diversidade pode ser ainda maior...

Há uma polêmica sobre o significado dos termos “vigilância da/na/em saúde” que se evidencia na leitura de vários autores. Albuquerque, Carvalho e Lima (2002) afirmam que os termos “vigilância à saúde”, “vigilância em saúde” e “vigilância da saúde” vêm sendo amplamente citados na literatura no país sem que haja uma definição “instituída” dos seus objetos ou uma conceituação que seja remetida à prática.

Nesse mesmo sentido, Teixeira e Pinto (1993, p. 6) também chamam a atenção de que o termo “vigilância à saúde” representa um “imenso guarda-chuva” que busca articular “práticas dispersas e heterogêneas em saúde coletiva”, desde as assistenciais até as dirigidas para a prevenção.

Com a ampliação da vigilância epidemiológica abarcando, além das doenças transmissíveis, as não transmissíveis e os fatores de risco, o termo “vigilância em saúde” ou “vigilância em saúde pública” tem enfatizado o trabalho com os sistemas de informação. Mas, para Mendes (1993, p. 177), a vigilância à saúde não se resume em ação de produção de informação; é principalmente intervenção sobre os fatores que determinam e condicionam problemas de enfrentamento contínuo, que incorpora, também, ações de caráter individual.

Tendo como eixo a reformulação do modelo assistencial e sua construção no nível local, Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) defendem que, no âmbito municipal, não se justifica a institucionalização em separado das vigilâncias epidemiológica e sanitária. Embora não considerem a diversidade de portes, problemas, realidades e de riscos à saúde que os municípios apresentam, os autores afirmam que:

[...] embora se possa considerar que, do ponto de vista técnico-operacional, há especificidades que justificam a existência

Vigilância em saúde pública é o nome proposto para a Vigilância Epidemiológica no final dos anos 1980 (WALDMAN, 1998).



Para saber mais sobre esse tema, leia os seguintes textos disponíveis no CD e na biblioteca do curso, no AVA:

- “Projeto de análise de informação para tuberculose”, de Natal e Elias (2000);
- “Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública” de Waldman (1998).

dessas vigilâncias. A primeira, a epidemiológica, obedecendo a uma racionalidade técnico-sanitária fundada na clínica e na epidemiologia, e a segunda, obedecendo a uma racionalidade político-jurídica, fundada nas normas que regulamentam a produção, distribuição e consumo de bens e serviços [...] (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) sistematizam três vertentes do que chamam de “vigilância da saúde”, descritas a seguir.

a) Vigilância da saúde equivalendo a “análise de situações de saúde”: Caracteriza-se pela ampliação dos objetos da vigilância epidemiológica tradicional (doenças transmissíveis); essa vertente contribui para um planejamento de saúde mais abrangente. A ampliação dos objetos abarca as investigações e a montagem de bases de dados sobre outros agravos (mortalidade infantil e materna, doenças crônicas, acidentes e violência etc.) e aspectos relativos à organização e produção dos serviços de saúde.

Alguns autores situam a análise de situação de saúde como uma das quatro áreas de aplicação da epidemiologia nos serviços de saúde, sendo as demais a identificação de perfis e fatores de risco, a avaliação epidemiológica de serviços de saúde e a chamada “vigilância em saúde pública” (WALDMAN, 1998).

Barcellos e colaboradores (2002), entretanto, afirmam que “a análise de situações de saúde corresponde a uma vertente da vigilância da saúde que prioriza a análise da saúde de grupos populacionais definidos em função de suas condições de vida”, condições essas a abranger também as condições de saúde e de acesso aos serviços de saúde.

Voltaremos a esse esquema de Waldman no Módulo 9, “Cuidado em saúde e a qualidade de vida: desafios e perspectivas para as vigilâncias do campo da saúde”.

b) Vigilância da saúde como proposta de integração institucional entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária:

Concretizou-se mediante reformas administrativas, com a criação de Departamentos de Vigilância da Saúde ou órgãos similares, inicialmente nas secretarias estaduais de saúde, na primeira metade da década de 1990.

c) Vigilância da saúde como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias:

É um novo modelo assistencial dotado de algumas características básicas: intervenção sobre problemas de saúde; ênfase em problemas

que requerem atenção e acompanhamento contínuos; articulação entre ações preventivas e de promoção; atuação intersetorial e sobre o território; intervenção sob a forma de operações. Em resumo, nesta concepção a vigilância representa a possibilidade de organizar processos de trabalho em saúde num território delimitado para enfrentar problemas por meio de operações montadas em diferentes períodos do processo saúde-doença. Além disso, essa vertente aponta para a necessidade de mudança do processo de trabalho com a incorporação de outros sujeitos, gerentes de serviços, técnicos e representantes de grupos organizados da população.

A existência dessas três diferentes vertentes, como resultado de diversas formulações e de experiências práticas também diversas, faz com que, ao se falar em “vigilância da saúde”, seja necessário perguntar: “Mas, de que vertente da vigilância da/na/em saúde você está falando?” Ou então “de que conjunto de ações você está falando?”

No seu uso corrente – e, por que não dizer, no uso do “senso comum” –, o termo “vigilância da saúde” é algumas vezes substituído mecanicamente por “vigilância em saúde”, como se fossem sinônimos. Mesmo com essa relativa confusão, é importante realçar que, nesse sentido corrente, os dois termos carregam uma conotação muito positiva de possibilidade de ação menos fragmentada em relação às vigilâncias.

Para refletir

Com base em sua experiência como gestor do SUS, você considera que mudanças no nome do serviço ou no organograma podem resultar em renovação de práticas e tornar as ações menos fragmentadas? Por quê?

Lembre-se de anotar suas reflexões.

Outro ingrediente dessa polêmica é o modo diferente de formas de divisão de atribuições nas três esferas de governo, entre as vigilâncias e o que se faz em cada uma delas. Veja alguns pontos.

1. Na esfera federal de governo existe uma **separação mais ou menos clara de atribuições e, mais clara ainda, de instituições** em relação à vigilância sanitária – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – e à vigilância epidemiológica e ambiental em saúde que, desde 2007, passou a incorporar também a saúde do trabalha-

A Saúde do Trabalhador era uma das áreas técnicas de um dos Departamentos da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Em 2007 ela passou para o âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde (Portaria GM/MS n. 1.956, de 14 de agosto de 2007).

dor – Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Além de atribuições de coordenação dos sistemas nacionais e de alguns programas, a esfera federal tem algumas responsabilidades privativas, no caso das vigilâncias, como: **registro de medicamentos**, o controle sanitário em portos, aeroportos e recintos alfandegados, no caso da vigilância sanitária; a elaboração de normas sobre: a) ações de prevenção e controle de fatores relacionados ao meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana; b) os limites de exposição humana a riscos químicos e físicos que tenham repercussão na saúde humana, no caso da vigilância ambiental em saúde.

2. Se, como dissemos no item anterior, há uma **separação de atribuições entre a Anvisa e a SVS**, isso parece ser diferente nos estados e, mais ainda, nos municípios. Em grande parte deles, notadamente **nos pequenos municípios, não existe separação de funções e de equipes para o trabalho nas vigilâncias, independentemente do nome do serviço**. Muitos têm uma só equipe ou mesmo um só profissional, que costuma ser responsável por todas as ações referentes às vigilâncias; nesses municípios, geralmente não se realiza todo o escopo de ações das vigilâncias que poderiam caber a essa esfera de governo. Para isso concorrem: o predomínio de municípios pequenos e muito pequenos, que sofrem com a escassez de profissionais disponíveis nas localidades; o início relativamente tardio do processo de descentralização das ações – em relação às ações assistenciais, ao cuidado –; e, finalmente, a própria natureza do trabalho a realizar, conforme tentaremos abordar.

Registro de medicamento é o instrumento indispensável para introdução de um medicamento no mercado, comercialização e consumo. Compete à Anvisa avaliar o cumprimento, de caráter jurídico-administrativo e técnico-científico, de critérios relacionados à eficácia, à segurança e à qualidade desses produtos (adaptado da Resolução RDC n. 157, de 31 de maio de 2002; e da Resolução n. 328, de 22 de julho de 1999, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

Você já notou que geralmente se pode falar que quanto menor o município e mais afastado dos grandes centros maior costuma ser a possibilidade de remuneração e de outros ganhos adicionais, por exemplo, do médico da Equipe de Saúde da Família?

Até o final dos anos 1990, muitos municípios não tinham secretaria de saúde individualizada na estrutura da gestão municipal. Até recentemente, quando existia um serviço de vigilância organizado no município ele era designado majoritariamente como de "vigilância sanitária". Mas, atualmente, com muita frequência, tem sido denominado "vigilância em saúde" ou "da vigilância da saúde", mesmo que ainda se tenham mantido as mesmas atividades anteriores à mudança de denominação. Essa estruturação dos serviços das esferas de governo subnacionais à semelhança da esfera federal já fora apontada por Medeiros ([1986] apud ABRUCIO 1998, p. 72), que afirmou que a organização da esfera estadual mimetiza a da federal para facilitar o recebimento dos recursos financeiros e da cooperação técnica.

3. Outro fator é que as **práticas e os respectivos (sub)sistemas têm sido designados pelos mesmos nomes atribuídos aos serviços ou lugares institucionais organizados na esfera federal**. Assim, as vigi-

lâncias epidemiológica e ambiental crescentemente são designadas como “vigilância em saúde”, tomando por base a designação adotada para a secretaria do Ministério da Saúde. De modo semelhante, já havia correspondência entre a prática chamada de vigilância sanitária e o serviço da esfera federal, fosse ele a antiga Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária ou a atual Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

ATENÇÃO ÀS DESIGUALDADES

Os estados brasileiros são muito diferentes uns dos outros, mas os municípios são ainda muito mais heterogêneos entre si. E não é só em relação a tamanho, de São Paulo a Borá... O porte populacional é só um aspecto da heterogeneidade municipal; a ele se acrescentam os aspectos que decorrem das acentuadas desigualdades regionais, de tal maneira que dois municípios de mesmo porte situados em diferentes regiões podem apresentar características, capacidades e infraestrutura diversas.

PARA PESQUISAR

Pesquise como se organizam as vigilâncias em seu município. Procure saber quantos profissionais estão envolvidos com as atividades dessas áreas. Quais foram as dificuldades para obter essas informações?

Discuta com os colegas de sua equipe.

Neste ponto, uma síntese provisória

Para tratar da distribuição das atribuições e da organização das vigilâncias, no nível desse curso, é necessário remeter as discussões para o conteúdo das práticas, das ações necessárias e da natureza do trabalho a realizar. Mesmo considerando que dada estrutura contribui para certo desempenho, deve-se tentar ser menos prescritivo sobre que formato de estrutura organizacional é desejável, e menos afirmativo sobre o potencial de transformação das práticas em função da adoção de uma estrutura organizacional ou de sua denominação. Recorre-se, assim, ao estágio atual das abordagens administrativas que recomendam que não haja uma única melhor maneira de se organizar e que “tudo depende...”

Neste texto, o uso do termo “vigilâncias do campo da saúde”, ou “vigilância(S) em saúde” respalda-se no reconhecimento de que todas as vigilâncias não se valem de um único método, e sim que elas se valem de métodos e de aportes de diversas disciplinas científicas, e que também fazem um uso diferenciado dos mesmos conceitos. O que não elimina a necessidade de diálogo e de construção de pontes entre as vigilâncias, se o que se quer é a melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

O desigual desenvolvimento, no Brasil, de cada um dos componentes da chamada “vigilância da/na/em saúde”

As vigilâncias do campo da saúde, no Brasil, não se constituíram de forma linear no sistema de saúde. Seu desenvolvimento foi desigual no tempo e em cada contexto histórico em relação a cada um dos seus principais componentes: as vigilâncias sanitária, epidemiológica, ambiental e em saúde do trabalhador.

Do ponto de vista da legislação constitucional, as bases para a construção das vigilâncias no campo da saúde encontram-se no art. 200 da Constituição Federal de 1988 e na Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Dos oito incisos desse artigo, apenas o III e o V não se encontram compreendidos no escopo de atuação das vigilâncias do campo da saúde.

A Constituição Federal de 1988 define que, sem prejuízo dos “serviços assistenciais”, deve ser conferida prioridade às atividades preventivas (inciso II, art. 198, CF de 1988), em cujo escopo se incluem as vigilâncias. Em seu art. 200, estabelece as competências para o Sistema Único de Saúde, tal como transcrito a seguir:

Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Com a leitura desse artigo você deve ter percebido que, no texto constitucional, há uma gradação de responsabilidades entre ações a serem diretamente executadas e outras para as quais o SUS deve participar e/ou colaborar.

Essa gradação significa o reconhecimento, em último caso, de responsabilidade pelo setor saúde em atribuições que, na estrutura do Estado brasileiro, encontram-se sob a responsabilidade de outros órgãos governamentais. Assim, ao setor saúde cabe a execução das vigilâncias sanitária e epidemiológica, mas apenas participar ou colaborar em ações de responsabilidade mais direta de outros setores governamentais (saneamento básico, controle das substâncias tóxicas e radioativas, meio ambiente, ambiente de trabalho).

Para refletir

O art. 200 da Constituição Federal de 1988 estabelece uma gradação de responsabilidades entre ações a serem executadas diretamente pelo SUS e outras em que deve participar e/ou colaborar. Com base na sua prática, quais as principais consequências – positivas e negativas – que essa gradação causou ou vem causando no funcionamento do SUS?

Em parte, isso pode ter contribuído para o desenvolvimento desigual das vigilâncias, mas a questão central é que houve também desenvolvimento conceitual e histórico desigual entre os componentes das vigilâncias do campo da saúde. Você verá isso com mais detalhes no caso das vigilâncias epidemiológica e sanitária; mas antes vejamos um exemplo focado em um componente das vigilâncias do campo da saúde de introdução mais recente.

Este exemplo de desenvolvimento histórico e conceitual desigual diz respeito ao tema ambiente, que entra na agenda política e científica

global na década de 1990, tendo como marco a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento Humano (Rio-92). Essa conferência gerou a Agenda 21, que contém um roteiro de ações com previsão de metas, recursos e responsabilidades definidas para alcançar o desenvolvimento sustentável no século XXI.

Na Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável (“Rio + 10”), realizada em Johannesburgo, África do Sul, em 2002, dez anos depois da Rio-92, constataram-se poucos avanços ou mesmo retrocessos em relação à Agenda 21 (FREITAS, 2005).

No plano internacional, no final dos anos 1990, nos países industrializados, consolidaram-se as propostas de “vigilância ambiental em saúde pública” (THACKER et al., 1996) e de “vigilância em saúde pública” (LEVY, 1996).

Essas propostas, segundo Freitas e Freitas (2005), continham pelos menos três elementos que deveriam estar integrados:

1. a vigilância de efeitos sobre a saúde, como agravos e doenças, tarefa tradicionalmente realizada pela vigilância epidemiológica;
2. a vigilância de perigos, como agentes químicos, físicos e biológicos que possam ocasionar doenças e agravos, tarefa tradicionalmente realizada pela vigilância sanitária;
3. a vigilância de exposições, pelo monitoramento da exposição de indivíduos ou grupos populacionais a um agente ambiental ou seus efeitos clinicamente ainda não aparentes (subclínicos ou pré-clínicos), **desafio para a estruturação da vigilância ambiental.**

No final dos anos 1990, sob a influência dessas propostas e com financiamento do Banco Mundial, iniciou-se no Brasil, com o projeto de estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (VigiSUS), a institucionalização do tema ambiente no setor saúde em caráter sistêmico.

A questão ambiental no Ministério da Saúde foi incorporada à estrutura da então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária por meio de sua Divisão de Ecologia Humana e Saúde Ambiental (DIEHSA), em 1991. Mas foi no final da década de 1990 que se iniciou a construção da vigilância ambiental em saúde em sua dimensão sistêmica, no SUS.

No próximo módulo, “Estruturação e gestão dos sistemas nacionais das vigilâncias: evolução, componentes e atribuições”, você verá o marco da construção do campo saúde e ambiente, localizado na década de 1970. Aqui tratamos apenas da institucionalização do tema ambiente no sistema de saúde.

No Ministério da Saúde, criou-se a Vigilância Ambiental em Saúde e, em maio de 2000, foi publicado o Decreto n. 3.450, que estabeleceu no Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (Sinvas).

Criado em 1990, na Fundação Nacional de Saúde (Funasa), o Cenepi objetivava dirigir as ações de epidemiologia no âmbito do Ministério da Saúde e articular a atuação das secretarias estaduais nesse campo. Em 09 de junho de 2003, foi extinto, dando lugar à Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (Decreto n. 4.726, de 9 de junho de 2003).

A partir de 2005, esse sistema é redefinido e passa a ter a sigla SINVSA. O modelo de vigilância ambiental se estendeu do âmbito federal para algumas secretarias estaduais de saúde (FREITAS; FREITAS, 2005). Em um primeiro momento, a Coordenação-Geral de Vigilância Ambiental (CGVAM/SVS) ficaria responsável também pelos fatores biológicos, mas atualmente eles se vinculam a outra coordenação da SVS.

PARA PESQUISAR

- Que modelo de vigilância ambiental se estendeu ao seu estado/município? O modelo centrado nos fatores não-biológicos, hoje vigente na Coordenação-Geral de Vigilância Ambiental da SVS/MS (CGVAM/SVS)? Ou o modelo utilizado pela Funasa, que também incorporava aos fatores não-biológicos, o controle de zoonoses, com a questão dos vetores, hospedeiros e reservatórios?
- Antes da implantação desse modelo, qual era o serviço responsável pela coleta das amostras de água para consumo humano e pelo envio ao laboratório de saúde pública?

Registre as informações e comentários no Diário de Estudos.

As definições das vigilância(S) em saúde e os conteúdos que lhes são comuns

As definições legais das vigilâncias do campo da saúde são encontradas em dispositivos normativos de naturezas diversas. Um aspecto comum a todas as definições das “vigilâncias” é que elas compreendem um conjunto de ações ou de atividades. Outro aspecto relacionado ao seu processo de trabalho é que todas “precisam” de análises laboratoriais. Ou seja, o laboratório é fundamental. A questão é: que laboratório, que análises são necessários?

Na Lei n. 8.080 (BRASIL, 1990) encontram-se as definições de vigilância sanitária, epidemiológica e, em relação à vigilância em saúde do trabalhador, é a própria área de saúde do trabalhador que é definida, abrangendo ações assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária, desenvolvimento de estudos e revisão normativa.

Sobre a definição da área de saúde do trabalhador, consulte os incisos de I a VII do parágrafo 3º, art. 6º, da Lei n. 8.080/90.

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I – o controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 1990, art. 6º, § 1º).

Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990, art. 6º, § 2º).

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...] (BRASIL, 1990, art. 6º, § 3º).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) é definida em portaria do Ministério da Saúde como:

uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los e controlá-los (BRASIL, 1998).

A Vigilância em Saúde Ambiental, de constituição recente, é definida em documentos do Ministério da Saúde como

[...] um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde (BRASIL, 2005).

Para refletir

Considerando sua vivência como gestor do SUS, em relação às práticas de vigilância, reflita sobre as seguintes questões:

- a) Os atuais processos de trabalho abrangem a amplitude de ações previstas nas definições legais das vigilâncias? Por quê?
 - b) As três vigilâncias atuam de forma articulada? Em que ações a articulação entre elas é mais visível ou fortalecida? Por quê?
-

Veja agora aspectos comuns nas definições das vigilâncias.

1. Assim como a saúde, devem ser pensadas mais amplamente dentro do contexto de desenvolvimento social, nas formas de organização do Estado e da sociedade para dar sustentabilidade aos modelos de desenvolvimento adotados, levando em consideração a complexidade do processo saúde-doença e a busca da melhoria das condições de vida das pessoas.
2. São conjuntos de ações ou de atividades e lidam com **riscos ou fatores determinantes e condicionantes de doenças e agravos**.
3. Na sua operacionalização, as quatro vigilâncias se referem a **territórios delimitados**.
4. Assim como a saúde, em termos de política pública as vigilâncias têm um **caráter intersetorial**.

Mais adiante, neste mesmo módulo, discutiremos mais detalhadamente a questão da intersetorialidade.

Para três delas – as vigilâncias sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador –, além do conceito de risco, comum às quatro vigilâncias, a **intersetorialidade** representa um dos pilares indispensáveis à efetividade de suas ações.

O fato de terem aspectos comuns não significa que as quatro vigilâncias trabalhem da mesma forma:

1. Nas definições anteriores há diferenças importantes quanto à forma de atuação, ou melhor, à possibilidade explícita de intervenção sobre a realidade ou de produção e utilização do conhecimento sobre essa realidade para instrumentalizar a intervenção.
2. Na definição de vigilância sanitária está claro que o conjunto de ações deve ser **capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários**, podendo restringir

direitos individuais para o bem da coletividade e defesa do interesse público. Essa capacidade de intervenção precisa ser potente, não é?

PODER DE POLÍCIA ADMINISTRATIVA

O poder de polícia administrativa é uma atividade exclusiva da Administração Pública. Representa uma capacidade, mas também um dever que ela tem, de restringir ou condicionar as liberdades ou a propriedade individual, ajustando-as aos interesses da coletividade. Seu princípio básico é a supremacia do interesse público sobre o individual.

Na vigilância sanitária, que detém poder de polícia administrativa no campo da saúde, esse poder incide sobre estabelecimentos (pessoas jurídicas), e não sobre as pessoas. Pode ser exercido de forma preventiva, por exemplo, mediante a emissão de normas e de atividades de inspeção/fiscalização sanitária com as quais se pode, se for um caso de risco à saúde, realizar ações de interdição total ou parcial ou inutilização. Ou pode ser exercido de forma repressiva. E isso lhe faculta que o desrespeito às normas pode ser punido também mediante aplicação de multas que revertem para os cofres públicos.

3. Na definição de vigilância epidemiológica, são privilegiados o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes ou condicionantes da saúde individual e coletiva. Nesse sentido, Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) sustentam que a tradução operacional da vigilância epidemiológica “pretende ser uma ampla rede de unidades geradoras de dados que permitam a adoção de decisões e a execução de ações de investigação e controle”.

Esse caráter da vigilância epidemiológica, de recomendação para a ação, é reiterado no site da Secretaria de Vigilância em Saúde. Ela é

o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças (BRASIL, 2005).

Como você verá a seguir, poderíamos falar aqui no plural, o(s) conceito(s) de risco, na medida em que ele provém de diferentes campos do conhecimento, daí se dizer que ele é “polissêmico”.

De todo modo, a **capacidade das vigilâncias é condicionada pelo conceito de risco** com o qual cada uma trabalha; pela **capacidade do serviço** e seu grau de institucionalidade; pela sua **articulação com as demais ações e instâncias** do sistema de saúde, mas também fora dele. Nas atividades sob responsabilidade de outros setores governamentais, ou seja, naquelas em que o poder de polícia administrativa está colocado em outros órgãos, particularmente nas questões relacionadas ao meio ambiente e à saúde do trabalhador, é fundamental essa articulação intrassetorial com a vigilância sanitária.

Por fim, uma questão sobre a natureza diferenciada das vigilâncias em relação a outras atividades do campo da saúde, principalmente as voltadas para a assistência à saúde das pessoas. Sobre isso, De Seta (2007) afirma sobre a vigilância sanitária – e depois estende para a vigilância epidemiológica – que ela é um bem público dotado de alta externalidade. Isso significa que: (a) seu consumo por parte do cidadão não gera custos adicionais; (b) não deve ser exercida por particulares; (c) pela sua atuação ou omissão, existem efeitos – prejuízos ou benefícios – para outros que não os diretamente envolvidos.

Se todas as vigilâncias têm em comum o caráter de bem público, duas coisas diferenciam a vigilância sanitária das demais: seu inquestionável poder de polícia administrativa no campo da saúde e o efeito econômico direto que sua regulação no campo da saúde acarreta.

Embora não atue todo o tempo só com base no poder de polícia, é ele quem assegura a efetiva capacidade de intervenção da vigilância sobre os problemas sanitários e possibilita uma atuação mais ampla sobre os interesses privados em benefício do interesse público. Para isso, seus modos de atuação compreendem atividades autorizativas (registro de produtos, licenciamento de estabelecimentos, autorização de funcionamento), normativas, de educação em saúde e de comunicação com a sociedade. Dos dois primeiros modos de atuação decorre seu caráter regulatório, de regulação social (e econômica) no campo da saúde (DE SETA, 2007).

Para refletir

Converse com seus parceiros de trabalho. Vocês já viveram ou presenciaram situações em que a vigilância sanitária exerceu esse seu poder de Estado, de polícia administrativa no campo da saúde? Ou situações em que ele deveria ter sido exercido e não foi (omissão)? Ou foi usado com exagero, indevidamente (abuso de poder)?

Na condição de gestor do SUS, analise essas situações.

Depois registre suas reflexões.

O conceito de risco e sua operacionalização pelas vigilâncias

Risco, segundo Guilam e Castiel (2006), “é uma palavra com diferentes sentidos que nem sempre convivem em harmonia [...]”.

Palavra oriunda do espanhol *risco* – grande penhasco –, possivelmente se relacionava aos perigos ligados às grandes navegações; assim, indicava tanto a ideia de perigo como a de possibilidade de ocorrência de algum evento. Se, no passado, relacionava-se aos jogos de azar para indicar as chances de ganhar e perder, durante a Segunda Grande Guerra passou a indicar a estimativa de danos no lidar com materiais perigosos.

Na atualidade, o conceito de risco traduz tanto a probabilidade de ocorrência de um evento danoso quanto se constitui em um termo não-técnico, que inclui diversas medidas de probabilidade quanto a desfechos desfavoráveis (GUILAM; CASTIEL, 2006). Para estes autores, a ideia de probabilidade pode ser lida de modo intuitivo (incerteza que não se pode medir) ou de modo racional (incerteza capaz de ser medida de forma probabilística). Assim, surgindo junto com a sociedade contemporânea, o conceito de risco, considerado um elemento central de cálculo racional na cultura moderna e base para a tomada de decisão, reflete o desejo de regular o futuro de forma “racional” (CZERESNIA, 2001).

A saúde coletiva vem empregando o enfoque de risco de forma crescente após a década de 1970: inicialmente na prática epidemiológica, visando estudar os fatores que condicionam a ocorrência e a evolução de doenças crônicas; atualmente, de forma mais

ampla, relacionado a todo o tipo de problema, agudo ou crônico, no estudo dos chamados fatores de risco, de tal forma que seu uso indiscriminado tem sido chamado de “epidemia de riscos” (LIEBER; ROMANO, 1997).

Por que falar em risco?

○ Porque ele pode ser considerado um conceito **fundamental** das vigilância(S) em saúde. Fundamental porque é a possibilidade de que “algo” aconteça e de que este “algo” interfira “negativamente” no processo saúde-doença, gerando agravos ou danos à saúde, que devem ser minimizados. A operacionalização do risco é que faz das vigilância(S) em saúde um importante componente da saúde coletiva. Risco é um conceito que se refere à possibilidade/probabilidade de ocorrência de eventos que tenham consequências negativas à saúde, ou seja, que possam causar algum tipo de agravo ou dano à saúde de um indivíduo, de um grupo populacional ou ao ambiente.

SITUAÇÕES DE RISCO À SAÚDE

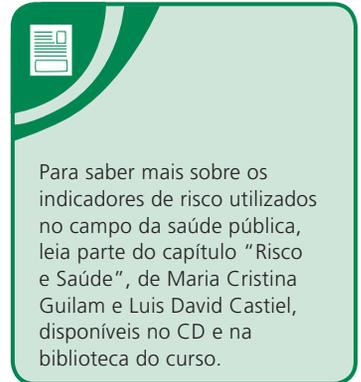
Existem inúmeros exemplos de situações em que há risco à saúde: trabalhadores expostos a determinadas condições de trabalho, grupo de pacientes submetidos a procedimentos hospitalares específicos ou que usem um tipo de medicamento/alimento, população residente em um município com uma indústria poluidora, grupo populacional exposto a determinados fatores de risco para doenças transmissíveis, como a Aids.

○ Porque ele pode ser considerado um conceito **unificador**. É a ação/intervenção no sentido de melhorar a qualidade de vida da população que faz com que as diversas “vigilâncias” – do processo de produção-trabalho (vigilância em saúde do trabalhador), do processo de produção-consumo (vigilância sanitária) e da exposição a situações de risco (vigilância ambiental/epidemiológica) – situem-se no campo da promoção e da proteção da saúde. O objetivo de minimizar o risco, agindo sobre os condicionantes/determinantes de um agravo/dano é algo comum às vigilâncias do campo da saúde.

○ Porque ele é um conceito **polissêmico**, oriundo de várias áreas de saber, que permite diferentes abordagens e diferentes campos de prática, na dependência das disciplinas que o estudam. No dizer de Guilam e Castiel (2006), ele é um conceito “indisciplinado”, ou seja, não se subordina, não é regido predominantemente por uma disciplina. Estes autores postulam que:

- Na **epidemiologia**, o conceito de risco encontra aplicação na determinação dos fatores e situações de risco à saúde, sendo de especial importância na prática da vigilância epidemiológica e na epidemiologia clínica. São típicos indicadores de risco utilizados no campo da saúde pública: incidência ou risco absoluto; risco relativo e risco atribuível.
- Nas **engenharias**, a análise de risco auxilia na tomada de decisão especialmente sobre as tecnologias, sendo importante nas vigilâncias ambiental e sanitária e na vigilância da saúde do trabalhador. Seu campo de prática, nesta área do conhecimento, está diretamente ligado à avaliação de risco ambiental, ocupacional e à avaliação de tecnologias em saúde.
- Nas **ciências econômicas**, a abordagem quantitativa do risco objetiva definir custos e possíveis perdas, tendo em vista a probabilidade de ocorrência do agravo/dano, especialmente utilizado nas seguradoras para o cálculo dos valores de seguros de veículos, de vida, de planos de saúde etc.
- Nas **ciências sociais**, numa abordagem qualitativa, esse conceito busca, mediante análise das representações sociais e da percepção de risco, estabelecer as influências culturais ligadas ao risco (GUILAM; CASTIEL, 2006). Possibilita identificar como as pessoas identificam o risco e como lidam com ele e dá ajuda valiosa nos processos de comunicação e de educação para a saúde.

○ Finalmente, porque ele é um conceito **polêmico**, cujas definição e interpretação algumas vezes ocorrem de maneira conflitante. Um exemplo claro é a imensa polêmica em torno dos chamados organismos geneticamente modificados (OGM), em que as instituições se expressam de forma diferente, seja na avaliação da segurança dos transgênicos, seja na proposta de ação direcionada a eles. A posição de algumas organizações não-governamentais tem sido fortemente contrária aos transgênicos, em oposição à dos representantes da agroindústria.



O vídeo *Enquanto o gato dorme* é um produto desenvolvido pelo Centro Colaborador em Vigilância Sanitária em parceria com o Departamento de Comunicação e Saúde/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003; direção de Breno Kuppermann; roteiro de Joaquim Assis; duração: 17 minutos.

FÓRUM

Assista ao vídeo *Enquanto o gato dorme*, que retrata uma situação ocorrida em uma oficina mecânica, disponível no CD e na biblioteca do curso, no AVA.

Refleta sobre as questões a seguir e, depois, participe da discussão no fórum.

- a) Quais os pontos comuns entre a situação retratada no vídeo e os temas discutidos neste módulo?
- b) Identifique as diferentes posturas e percepções da situação apresentadas pelos personagens.
- c) Na condição de gestor, como você avalia a atitude do gerente da oficina? Por quê?

Enfoque de risco

Na abordagem quantitativa do risco, torna-se necessário diferenciar duas importantes palavras que o envolvem: a **possibilidade** e a **probabilidade** da ocorrência de algum agravo ou dano. O risco, pensado como **possibilidade** de ocorrência de agravo ou dano, pode ser considerado inerente à própria vida. Viver é estar, de certa maneira, submetido a variados riscos. A **probabilidade** é uma medida, é a relação existente entre o número de agravos/danos que poderiam acontecer em uma dada situação e sua real ocorrência. É, portanto, a **probabilidade** que pode ser avaliada e gerenciada, já que ela admite gradação.

Igualmente importante é definir e caracterizar os chamados fatores de risco. Fatores de risco são “características ou circunstâncias cuja presença está associada a um aumento da probabilidade de que o dano venha a ocorrer, sem prejudicar se o fator em questão é ou não uma das causas do dano [...]” (LIEBER; ROMANO, 1997), seja este dano relacionado à saúde de uma pessoa, de um grupo de pessoas ou ao ambiente. Isso significa explicitar que os fatores de risco não são necessariamente as causas do dano: eles são de natureza probabilística – e não de natureza determinística –, estando mais ou menos intensamente associados ao evento danoso, enquanto a causa exige que “quando esta esteja presente o efeito exista, e quando suprimida o efeito desapareça [...]” (GUILAM; CASTIEL, 2006).

Cabe ainda ressaltar alguns aspectos do enfoque de risco no que diz respeito às vigilâncias do campo da saúde. Vejamos.

- O primeiro é a relação entre riscos e fatores de risco com a existência do dano. Nesse sentido, Guilam e Castiel (2006) (re)afirmam que os riscos não se constituem em certeza de que um efeito indesejado vai acontecer, mas sim na probabilidade de que ele aconteça. E esse tipo de conhecimento permite a identificação das potenciais fontes de agravos e a adoção de medidas preventivas e de segurança, mas também gera clima de incerteza e ansiedade, causado por se estar diante de uma multiplicidade de fatores de risco e pela dificuldade de distinguir com clareza o estado de saúde/pré-doença/doença.
- O segundo deles é a variedade de nomenclatura existente na literatura das vigilância(S) em saúde para termos correspondentes a fatores de risco e para designar o tipo de risco. Assim, é possível encontrar as seguintes nomenclaturas: situação de risco, condições de risco, fontes de risco, risco ocupacional, risco ambiental, risco sanitário, risco epidemiológico (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006; BRASIL, 2005; LUCCHESI, 2001).

Colocados esses principais tópicos, cabe relacionar o enfoque de risco ao processo regulatório das vigilâncias do campo da saúde. Pode-se dizer que a probabilidade de ocorrência de um agravo/dano relaciona-se à existência ou ausência de um conjunto de medidas preventivas que busquem as melhores condições para que eles sejam evitados. Isso é a chamada “regulação do risco”, que as vigilância(S) em saúde fazem e que não pode ser confundido com outro tipo de regulação, que a vigilância sanitária também faz e que, como vimos, tem impacto econômico.

A ideia de avaliar e gerenciar riscos, nascida nas ciências econômicas, tem sido transposta para o campo da saúde; mas, mesmo antes disso, uma parte dos fatores que podem trazer riscos de agravos à saúde individual e coletiva tem sido regulada pelo Estado. Lucchese (2001) aponta que, no Brasil, além da área da saúde, outras áreas da administração pública federal (e seus correspondentes estaduais) têm responsabilidade com os riscos à saúde, tais como: Ministério da Agricultura; Ministério do Meio Ambiente, por meio do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama); Ministério da Indústria e Comércio, por meio do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro); Ministério do Trabalho e Emprego; e Ministério da Ciência e Tecnologia, por meio da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) (LUCCHESI, 2001).



A avaliação do risco na dimensão estritamente técnica, de identificação e mensuração (ou medição), não é suficiente. O resultado dessa avaliação, que nem sempre é possível de ser feita, deve ser integrado a aspectos sociais, econômicos e políticos na hora da decisão e da ação. A comunicação do risco é igualmente importante. Entretanto, Lieber e Romano (1997) chamam a atenção para o fato de que a instrumentalização excessiva do risco pode esconder a sua própria essência; e mais, que questões como quem cria o risco e quem dele se beneficia não devem ser esquecidas. O autor se preocupa com o fato de a informação – ou, como se costuma dizer, a conscientização – passar a ser vista como a tábua de salvação das pessoas frente aos riscos existentes. ■

A regulação do risco pode ser vista em dois sentidos:

- no sentido mais restrito, como sinônimo de regulamentação, ato de elaborar regulamentos, normas;
- ou, no sentido mais amplo, segundo Lucchese (2001), englobando os estudos de análise de risco, as regulamentações por eles geradas e as políticas de gerenciamento de risco empreendidas pelo Estado.

A norma técnica das vigilância(S) em saúde é também uma construção social que expressa as “medidas preventivas”, considerando-se o risco e as características intrínsecas das tecnologias (condições de trabalho, processo de produção, tipo de alimento/medicamento, equipamento etc.). Essa norma técnica relaciona-se à magnitude do agravo ou do dano e ao desenvolvimento científico-tecnológico existente no momento de sua elaboração, sendo, portanto, mutável.

Falando em desenvolvimento científico-tecnológico e em caráter mutável, veja um exemplo relacionado à vigilância epidemiológica.

Para a vigilância epidemiológica, é muito importante a definição de caso, que representa um conjunto de critérios de confirmação da doença (aspectos clínicos, resultados laboratoriais e critérios epidemiológicos).

A definição de caso está sempre vinculada aos objetivos do sistema de vigilância e aos conhecimentos que se tem sobre a doença; portanto, ela é mutável. Se essa definição é sensível e precisa, favorece a qualidade do sistema de informação e permite a comparação dos dados entre regiões e numa mesma região ao longo do tempo.

PARA PESQUISAR

Consulte os seguintes documentos do Ministério da Saúde, disponíveis no CD e na biblioteca do curso:

- Informe do dia 27/04/09, às 13h30min, “Emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII): Ocorrências de casos humanos na América do Norte”.
- “Protocolo de procedimentos para o manejo de casos e contatos de Influenza A (H1N1)”, versão IV, atualizado em 05/06/2009.

Você observou como mudou a definição de caso de gripe pelo vírus A H1N1 (“gripe suína”)? Quais as implicações dessa mudança para a vigilância epidemiológica e a sanitária?

Anote seus comentários no Diário de Estudos.

Nas vigilância(S) em saúde, o enfoque de risco apresenta uma característica bem marcante: o risco à saúde não “respeita” território geográfico, divisas ou fronteiras. Alguns recentes acontecimentos podem exemplificar isso. O lixo tóxico de uma indústria situada em Minas Gerais contaminou o rio Paraíba do Sul e teve efeito nos municípios que se situavam às suas margens, inclusive naqueles sob jurisdição do Rio de Janeiro. O medicamento Celobar^R, produzido no estado do Rio de Janeiro, foi responsável por várias mortes no estado de Goiás, uma vez que foi este estado o que mais comprou e utilizou os lotes falsificados. Há, portanto, uma interdependência social entre os estados e entre municípios na mesma unidade federativa. Ou seja, o “controle” que as vigilâncias dessas unidades fazem ou deixam de fazer pode ter repercussões nas demais localidades. E essa possibilidade de repercussão para terceiros é a externalidade.

Algumas ponderações têm sido feitas atualmente sobre o conceito de risco e sua utilização. Uma delas é a de que a incerteza, de certa maneira, é uma antítese à submissão do futuro às nossas normas. Além disso, o crescente caráter científico e técnico para seu controle pode ser não apenas insuficiente, mas por vezes prejudicial a longo prazo (FREITAS, 2008). As críticas ao modelo “racional” consideram que o cálculo matemático puro e o uso apenas dos efeitos biológicos, físicos ou químicos não levam em conta a complexidade dos problemas que afetam a saúde. Assim, segundo Freitas (2008),

o modo de se perceber a realidade e de se organizar os fatos a ela pertinentes tem implicações, embora nem sempre visíveis, tanto nas avaliações de riscos como nos aspectos das políticas públicas e de justiça social: quem se deve proteger de determinados riscos, a que custo e deixando de lado que alternativas [...].

Funtowicz e Ravetz (1993) referem três níveis de incertezas: técnicas, que se relacionam aos dados existentes e às possibilidades de análises; metodológicas, relacionadas à baixa confiabilidade dos dados; e epistemológicas, oriundas dos limites do conhecimento científico.

Assim, considerar a noção de complexidade faz com que não se possa reduzir a análise dos riscos aos componentes isolados do problema, sob pena de não ser capaz de compreender o problema em todas as suas dimensões e aumentar as incertezas, dificultando as estratégias de prevenção e controle dos riscos. É necessário compreender os problemas de saúde em seus múltiplos aspectos, em suas variadas naturezas e em suas relações sociais, culturais e econômicas, pois as interações entre elas resultarão em diferentes níveis de riscos e danos, seja à população, a grupos específicos (trabalhadores, consumidores) ou ao ambiente.

Na discussão do modelo de vigilância ambiental, Barcellos e Quitério (2006) referem que

o modelo conceitual da vigilância das situações de risco é baseado no entendimento de que as questões pertinentes às relações entre saúde e ambiente são integrantes de sistemas complexos, exigindo abordagens e articulações interdisciplinares e transdisciplinares, palavras de ordem da promoção da saúde [...].

Além disso, conhecer as condições e os problemas de saúde da população exige observar a desigual distribuição do risco e do adoecer, contextualizando-os por meio de indicadores demográficos, socioeconômicos, ambientais ou de outra ordem.

A relação com a promoção da saúde: saúde como direito e intersetorialidade

É fácil compreender que os componentes das vigilância(S) em saúde se diferenciam, no campo da saúde, da prestação de serviços assistenciais. É fácil compreender que as ações que todos os componentes das vigilância(S) em saúde realizam com o intuito de serem minimizados os riscos as caracterizam como proteção da saúde e prevenção. Estarão protegendo a saúde da população de agravos e danos quando sua ação estiver sendo realizada antes que eles ocorram, embora não se possa dizer que estas ações acabarão com os riscos, uma vez que, como já

foi visto, há sempre a possibilidade de sua ocorrência, há sempre uma incerteza... Mas pensar as vigilâncias na relação com a promoção da saúde merece um pouco mais de reflexão...

Para refletir

Com base em seus conhecimentos teóricos e práticos acerca das vigilâncias do campo da saúde e da promoção da saúde, você identifica alguns pontos de convergência entre elas? Quais, por exemplo?

A promoção da saúde implica uma redefinição da saúde e seus objetos. A saúde passa a ser compreendida como resultado de vários fatores relacionados à qualidade de vida, ultrapassando o enfoque na “doença” e incluindo questões como habitação, alimentação, educação e trabalho. Suas atividades, segundo Buss (2000),

estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde [...] e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades [...].

Ela persegue, embora nem sempre encontre, a mudança no **modelo assistencial**, composto por combinações de saberes e técnicas direcionadas à resolução dos problemas e ao atendimento das necessidades de saúde. A promoção da saúde, na superação do modelo assistencial, passa a ter como objeto os problemas de saúde e seus determinantes. A qualidade de vida pode ser entendida como condições de vida.

Modelos de atenção podem ser pensados, segundo Teixeira (2002), em três dimensões: **gerencial** (condutora do processo de reorganização das ações e serviços), **organizativa** (que estabelece as relações no processo de cuidado) e **técnico-assistencial** (define as relações entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho).

A promoção da saúde prevê uma combinação de estratégias: ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais. Trabalha com a ideia de responsabilidade múltipla pelos problemas e pelas soluções (BUSS, 2000).

Atualmente, a promoção, mais do que uma política, representa uma estratégia de articulação transversal que estabelece “mecanismos para reduzir as situações de vulnerabilidade, incorporar a participação e o controle social na gestão das políticas públicas e defender a equidade” (ODWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

Na promoção da saúde, a saúde é vista como um direito humano fundamental, de responsabilidade múltipla, inclusive do Estado, com a população exercendo seu direito de participação e decisão. Voltando ao campo das vigilância(S) em saúde, pode-se então ressaltar:

1. As vigilância(S) em saúde, como integrantes do campo da promoção da saúde, **extrapolam (ultrapassam) a visão do risco** quando propõem a transformação dos processos de consumo, de trabalho e de produção e a inserção do cidadão e do trabalhador nesses processos, de forma a potencializar suas vidas.

2. A **contradição capital-trabalho-saúde tensiona a área** e exige a ação do Estado para diminuir as desigualdades. A vigilância sanitária, em seu caráter regulatório, precisa ser o fiel de uma balança entre os interesses do setor produtivo e os interesses do cidadão, muitas vezes conflitantes. Como vimos, há o chamado poder de polícia, poder da Administração Pública, em que o Estado, com base no interesse público, pode intervir. A concessão de registro, autorização e licença de funcionamento são permissões do Estado, que podem e devem ser revistas sempre que necessário, sempre que a desigualdade produção-consumo puder ser prejudicial à sociedade. Quando isto ocorre, a vigilância sanitária pode (e deve) agir de forma a minimizar os riscos à saúde. Imaginemos algumas situações.

- Um hospital apresenta alta taxa de infecção hospitalar no berçário; um determinado medicamento causa mortes desnecessárias; uma fábrica que esteja poluindo um manancial ou um rio com seus resíduos ou fazendo adoecer seus trabalhadores. Depois de um processo de investigação, **ou como medida de cautela, em casos graves, para limitar o número de mortes ou de incapacidades** (se há risco muito alto), a ação da vigilância sanitária pode ser a interdição temporária do berçário, pode chegar à retirada (cassação) da licença sanitária, ou ao cancelamento do registro do medicamento em questão, ou à intervenção de diversos níveis na fábrica. É claro que essas medidas dadas como exemplos de ação não são as primeiras a serem tomadas.

- A vigilância em saúde do trabalhador, ao lidar com a questão do processo de trabalho, e a vigilância ambiental, com o processo de produção/industrialização e o ambiente, são igualmente arenas de conflito entre interesses privado e coletivo que exigem a intervenção do Estado (LUCCHESI, 2001; ALVES, 2003; BRASIL, 2005). E elas muitas vezes se articulam com a vigilância sanitária para intervir em estabelecimentos ou processos de trabalho.

Para refletir

Nos exemplos citados, observamos que uma vigilância pode e deve recorrer à outra. Muitas vezes, a vigilância sanitária recorre à epidemiológica, à ambiental ou à vigilância em saúde do trabalhador. Sabemos que há em todas elas um saber específico... Mas, a questão central nesse ponto é a possibilidade de conflito.

Você ou seus parceiros de trabalho já vivenciaram ou presenciaram uma situação de conflito entre as vigilâncias? Que fatos deram origem à divergência? De que forma ela se manifestava e como foi resolvida?

Conflitos podem ocorrer sempre que há uma decisão. Mas, não nos parece que a vigilância epidemiológica seja caracterizada por esse tipo de conflito e enfrentamento. Além disso, das nossas vigilâncias, ela é a mais setorial, a que mais atua nos limites do setor saúde.

3. As vigilância(S) em saúde, na busca de aumentar sua capacidade de análise e intervenção nos problemas, caminham na direção de intervenções mais integradas e que incorporem outros componentes. Assim, em muitas situações concretas, uma vigilância se articula com a outra para melhorar a qualidade da intervenção. Sua ação será mais efetiva se for capaz, também, de aumentar a potência de intervenção dos atores envolvidos nos problemas sanitários (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001). Você notou que os exemplos dados para o tópico anterior também se enquadram aqui? É que, na existência de um possível conflito, a necessidade de reforço mútuo e de ação articulada aumenta...

Mas, não é só com as outras vigilâncias – ou mesmo com as unidades assistenciais – que elas se articulam. Na busca da transformação social, as vigilância(S) em saúde reforçam a capacidade dos diferentes grupos sociais envolvidos nos problemas sanitários: consumidores, cidadãos, trabalhadores, trabalhadores da área da saúde. Isto nada mais é do que o *empowerment* (empoderamento ou fortalecimento do poder). O conceito de empoderamento apresenta-se como recurso importante para sustentabilidade das ações de educação para a saúde, orientadas, tanto individualmente quanto de forma coletiva, nos grupos sociais e organizações, por meio de processos educativos participativos (ODWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

Foi dito por Lucchese (2001) que a vigilância sanitária exige a mediação de setores da sociedade e produz atitudes éticas na relação entre produção, trabalho e consumo. Além disso, precisa de cidadãos conscientes

e pode ser considerada um espaço de exercício da cidadania e controle social. Isso pode ser aplicado também, pelo menos, a mais duas vigilâncias do campo da saúde, notadamente àquelas que têm conflitos potenciais: a dos processos de produção-trabalho (vigilância em saúde do trabalhador); a dos processos de produção-consumo (vigilância sanitária); e a da exposição a situações de risco (em especial a vigilância ambiental).

4. Entendidas como **campos de prática**, onde se produzem ações/intervenções, mas também conhecimentos, as **vigilância(S) em saúde são de caráter interdisciplinar**.

No exercício de sua ação e na produção de seu conhecimento, utilizam-se várias disciplinas. Algumas delas, assim como na saúde como um todo, são comuns a todas as vigilâncias: o planejamento/gestão/administração, sociologia, política, antropologia e a epidemiologia/método epidemiológico, a ética e o direito são constituintes de todas elas. Além destas, pode-se elencar algumas especificidades de cada componente das vigilância(S) em saúde. A vigilância sanitária, com seu amplo espectro de ação, é campo de convergência de várias disciplinas, dentre elas: biossegurança, engenharias, arquitetura, física, química, farmacologia, toxicologia, radiologia, odontologia e direito administrativo, sendo esta última um de seus pilares. A vigilância em saúde do trabalhador, além de igualmente utilizar-se de algumas destas disciplinas, tem na ergonomia uma de suas disciplinas centrais. A vigilância ambiental e a epidemiológica também se utilizam bastante de disciplinas como a ecologia, a biologia e a geografia (COSTA; ROZENFELD, 2000; BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006).

O vídeo *João Pintor* é um produto desenvolvido pelo Centro Colaborador em Vigilância Sanitária em parceria com o Departamento de Comunicação e Saúde/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003; direção de Breno Kuppermann; roteiro de Joaquim Assis; duração: 19 minutos.

ATIVIDADE 1

Assista ao vídeo *João Pintor*, que retrata uma suposta fiscalização de posturas municipais. Ele se encontra no CD e na biblioteca do AVA.

Agora pense: na condição de gestor, você pode elencar situações já ocorridas em que foi necessária a intervenção no processo de produção, articulando ações das vigilâncias do campo da saúde e utilizando o poder de polícia da vigilância sanitária?

Registre suas reflexões no Diário de Estudos.

5. A *Carta de Ottawa* (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1992), um dos marcos da promoção da saúde, elenca um conjunto de valores (qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, desenvolvimento, participação) e de estratégias (políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação do sistema de saúde, parcerias intersetoriais) da promoção da saúde. A Carta já apontava não apenas para a multicausalidade na saúde, mas também para o fato de que, ao pensar a saúde como qualidade de vida, sua promoção transcende o setor saúde: a interinstitucionalidade ou intersectorialidade é, assim, uma de suas principais estratégias.

As vigilância(S) em saúde, na requalificação de seus processos de intervenção, têm como princípio operativo a intersectorialidade. Esta é definida, na *Declaração de Santa Fé*, como: “o processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores [...]” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1992).

Pensar a intersectorialidade nos faz perguntar: mas, afinal, que setores são estes?

Apenas instituições públicas responsáveis pela formulação e implementação de políticas? De quais setores estamos mesmo falando? A princípio poderia parecer apenas um novo “arranjo”, uma nova “organização” daquilo que já ocorria no campo da saúde. Os setores não são apenas aqueles diretamente ligados ao poder público ou à administração direta de órgãos estatais. Para além deles, a saúde e as vigilância(S) em saúde necessitam estar se “entrelaçando” com setores da sociedade civil, num verdadeiro “abraço de cidadania”. Afinal, a saúde é um assunto não apenas do Estado, mas de toda a sociedade. Um exercício de pensamento nos leva, por exemplo:

- à vigilância em saúde do trabalhador: como efetuar ações desconectadas dos sindicatos de trabalhadores ou de outros setores da sociedade, como o Ministério do Trabalho?
- à vigilância ambiental: não são significativas as contribuições oriundas das organizações não-governamentais que têm como tema o meio ambiente e sua articulação com outros setores como o Ministério do Meio Ambiente?

- à vigilância epidemiológica: tal como ela se constituiu no Brasil, junto com o controle de doenças, como pensar na vigilância epidemiológica e no avanço na Política Nacional de HIV/Aids sem a participação das organizações não-governamentais que com ela lidam, dos grupos de portadores de HIV/Aids (por exemplo, Pela Vida, Gappa) e de setores como o Ministério do Trabalho ou da Previdência?
- à vigilância sanitária: como pensar a efetividade de sua ação sem a participação das organizações não-governamentais dos consumidores – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), Associação das Donas de Casa, de Portadores de Patologias etc. – e sem outros órgãos específicos que têm atribuições sobre os mesmos objetos da vigilância sanitária, tais como os Ministérios do Meio Ambiente, do Trabalho, do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, da Agricultura?

Para refletir

Considerando sua experiência como gestor do SUS, que exemplos de ação intersetorial você apontaria em relação a cada um dos componentes das vigilância(S) em saúde? Que pontos positivos ou dificuldades você observa na realização dessas ações?

As questões da intersetorialidade e do controle social nas vigilância(S) em saúde são de tal importância que a Lei n. 8080/90 (BRASIL, 1990), em seus art. 12 e 13, cria comissões intersetoriais de âmbito nacional em alguns dos componentes das vigilância(S) em saúde.

Art. 12 – Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos complementares e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 13 – A articulação das políticas e programas a cargo das comissões intersetoriais abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador (BRASIL, 1990).



Acesse o site do Conselho Nacional de Saúde <http://conselho.saude.gov.br/> para obter informações sobre o funcionamento e a agenda da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist); da Comissão Permanente para Acompanhamento de DST e Aids (CAPDA); da Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia; e da Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente (Cisama).

Tendo em vista o que foi discutido até aqui sobre as relações entre vigilância(S) em saúde e promoção da saúde e o conjunto de valores e estratégias da promoção em saúde elencados na *Carta de Ottawa*, parece pertinente afirmar que as vigilância(S) em saúde integram este campo.

O processo de trabalho nas vigilância(S) em saúde

Agora que já se incluíram as vigilância(S) em saúde no campo da promoção da saúde e que foram abordados seus principais conceitos, pode-se perguntar: **como atuam os componentes das vigilância(S) em saúde?** Ou, dito de outra maneira, **qual o seu processo de trabalho?**

Não se pretende aqui fazer uma análise exaustiva do processo de trabalho em cada uma das vigilâncias, mas apenas apontar o que há de comum e específico nelas do ponto de vista da gestão do sistema local de saúde. Ressalte-se que o processo de trabalho em saúde tem sido bastante estudado no que concerne à assistência, mas, no componente das vigilância(S) em saúde, ele não está suficientemente analisado na literatura.

Primeiro, há que se falar sobre o que é um processo de trabalho. Qualquer processo de trabalho pode ser definido como um conjunto de ações sequenciadas, que envolvem atividades da força de trabalho e a utilização dos meios de trabalho, visando o alcance de objetivos e metas.

Os elementos componentes do processo de trabalho são:

1. a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho;
2. a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho;
3. os meios de trabalho, o instrumental de trabalho.

Vejamos brevemente cada um dos elementos que compõem o processo de trabalho.

As atividades e as finalidades do processo de trabalho

Qualquer processo de trabalho, inclusive o da saúde, deve ter uma **finalidade**. A finalidade “mais ampla” do processo de trabalho nas vigilâncias já foi vista: promover e proteger a saúde, atuando sobre os determinantes e riscos.

Como base para este trecho do módulo utilizou-se a seguinte referência: TEIXEIRA, C. F.; PINTO, L. L.; VILASBOAS, A. L. (Org.). O processo de trabalho da vigilância em saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2004. 60 p. (Série Material Didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, 5).

Entretanto, ao se pensar no Sistema Único de Saúde, em todas as esferas de gestão (municípios, estados e União) e nas diferentes formas de organização social das ações de saúde que buscam responder às necessidades e conhecer os problemas de saúde de cada local, é possível citar algumas finalidades específicas.

No âmbito local, o que há de comum entre as vigilância(S) em saúde é a finalidade específica de reconhecer os problemas de saúde locais e atender às necessidades de saúde em seu território, sejam elas “sentidas” ou não pela comunidade e identificadas ou não pelos profissionais de saúde.

Aqui é preciso ressaltar que, quando tomamos o conceito de território, não se trata apenas de uma divisão no sentido físico nem se limita igualmente às fronteiras nacionais ou aos limites estaduais ou municipais. Embora qualquer território tenha seus objetos fixos (casas, centro de saúde, escolas etc.), existem sempre os fluxos (de pessoas, de informações, de produtos, de dinheiro e também de doenças etc.) que, muitas vezes, ultrapassam a divisão territorial administrativa (país, estado, município, região administrativa, setor censitário). Além disso, os territórios são sempre dinâmicos: neles se estabelecem relações entre as pessoas no cotidiano de suas vidas; são espaços de poder (administrativo, político, cultural etc.) e, na sua dinamicidade, mudam com maior ou menor rapidez. (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

O conceito geográfico de território-processo não é incompatível com o de jurisdição, que é passível de conter vários territórios-processos. A base territorial da ação da vigilância sanitária é principalmente a divisão jurídico-administrativa, ou seja, a jurisdição. Essa divisão é necessária pelo componente fiscal de sua ação, que fica circunscrita a um ente federativo responsável, garantindo sua validade jurídica (ODWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

LEMBRE-SE!

“O território é sempre um campo de atuação, de expressão do poder público, privado, governamental ou não-governamental e, sobretudo, populacional. Cada território tem uma determinada área, uma população e uma instância de poder [...]” (BARCELLOS; ROJAS, 2004).

Este fato é de suma importância para as vigilância(S) em saúde. Um município que trabalhe para conter a ocorrência de dengue pode ter sua população afetada se o município vizinho não fizer o mesmo: o *Aedes Aegypti* não respeita a divisa municipal. Da mesma forma, Rio de Janeiro e São Paulo são estados que concentram o maior parque produtivo de produtos farmacêuticos, e os medicamentos ali produzidos são transportados e consumidos em todo o país e, algumas vezes, mesmo no exterior. No que se refere ao meio ambiente, basta recordar o recente desastre ambiental do rio Pomba em 2003, quando o vazamento de produto químico da fábrica de papel Cataguases, em Minas Gerais, contaminou os rios Muriaé e Paraíba do Sul, atingindo a população ribeirinha de municípios do Rio de Janeiro, e provocando desabastecimento.

Tendo o conceito de “território” em mente, pode-se entender que a resposta às necessidades de saúde e a identificação dos problemas de saúde são igualmente **finalidades** das esferas de governo no âmbito da saúde, para que possam organizar suas ações. E pode-se pensar que esse território vai sendo socialmente construído de forma cada vez mais complexa, de acordo com a esfera de governo que deve “atuar”.

Relacionada à operacionalização do conceito de território para intervenção no campo da saúde, há a perspectiva da regionalização. Recentemente, o *Pacto pela Saúde* defendeu a regionalização com base nas regiões de saúde. Essas regiões são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo que contemple uma rede de serviços de saúde compatível com um certo grau de resolutividade para aquele território. Esse recorte territorial não é limitado ao município, podendo ser parte dele ou um conjunto deles. A ideia de regionalização também é passível de ser incorporada pela vigilância sanitária, que tem nos municípios diferentes limites e possibilidades de atuação, desde que a questão da jurisdição seja assegurada.

Os objetos e os sujeitos do trabalho

As necessidades sociais de saúde e os problemas identificados informam e delimitam os **objetos** do processo de trabalho. Eles devem ser conhecidos e sobre eles é que se dá a ação das vigilâncias. **Mas como são identificados?**

Sua identificação também é complexa, como são complexos os problemas de saúde. É necessário, para seu conhecimento e análise, a utilização de:

- **enfoque clínico**, que identifica os problemas em sua dimensão biológica e individual;
- **enfoque epidemiológico**, que identifica os problemas em grupos populacionais;
- **enfoque social**, que identifica os problemas na população, tendo em vista os processos de desenvolvimento econômico, social e político que constituem os determinantes sociais dos problemas e necessidades de saúde.

Considerando esses enfoques, identificam-se os objetos do processo de trabalho em saúde, que são, portanto, os danos, agravos, riscos e determinantes das condições de vida da população.

Por tudo que já foi visto, pode-se concluir que não há apenas um objeto, mas vários objetos do processo de trabalho nas vigilância(S) em saúde. Assim como são vários os objetos, são múltiplas as intervenções.

Cada um dos enfoques privilegia um modo de intervenção: desde o diagnóstico e tratamento individuais (enfoque clínico), controle sanitário de bens e serviços de saúde, controle de vetores, ações de prevenção, educação sanitária (enfoque epidemiológico), até a intervenção sobre os determinantes sociais que, como já citado, é sempre de caráter intersectorial e multidisciplinar (enfoque social). Ora, se os problemas e intervenções na área de promoção da saúde não se limitam ao setor saúde, o trabalho nas vigilância(S) em saúde também não é realizado apenas pelos profissionais de saúde.

O **sujeito** do processo de trabalho nas vigilâncias do campo da saúde é, portanto, **coletivo**. Além dos profissionais de saúde, são sujeitos da prática os profissionais de outros setores e a população ou grupos populacionais organizados. Uma especificidade do sujeito da vigilância sanitária em relação ao das outras vigilâncias, de importância para o gestor local, é que ele precisa ser um agente público investido na função. Se ele não o for, seus atos administrativos podem ser anulados administrativa ou judicialmente. Isto decorre do fato de seu trabalho estar submetido aos preceitos da Administração Pública, direcionado por normas jurídicas.

Para refletir

Reflita sobre as características do processo de trabalho das vigilância(S) em seu território e depois relacione aquelas que considera as mais importantes.

Discuta com seus companheiros de equipe e continue essa discussão no fórum.

Os meios de trabalho

Os sujeitos das vigilâncias utilizam vários **meios de trabalho** para identificar seu objeto e realizar suas ações. Salientando que o sujeito é coletivo e sua intervenção extrapola o setor saúde, é compreensível que devam lançar mão não apenas de saberes e tecnologias pertencentes ao seu campo de atuação mas também de outros saberes e tecnologias, como a comunicação e o planejamento. Alimentam-se de várias disciplinas, métodos e instrumentos para realizar suas intervenções, que não se restringem às ações meramente técnicas, mas abarcam também as ações dirigidas ao fortalecimento da sociedade e da cidadania para alcançar sua finalidade de promoção da saúde e prevenção de danos ou agravos.

Os **objetos, sujeitos e meios de trabalho** estabelecem uma **rede complexa de relações de trabalho** e definem a organização do processo de trabalho nas **vigilância(S) em saúde**, que contempla duas dimensões: a **político-gerencial** e a **técnico-sanitária**. A dimensão **político-gerencial** é a que reconhece os problemas de saúde e cria condições para a intervenção, planeja e programa as ações e fortalece a sociedade. A dimensão **técnico-sanitária** é a que atua no controle dos determinantes, riscos, danos e agravos à saúde.

O processo investigativo

Uma atividade comum a todas as vigilância(S) em saúde é a atividade de investigação, com a qual se busca caracterizar a situação ou o caso e, se possível, estabelecer nexos causais. O processo investigativo é usualmente desencadeado por uma notificação ou denúncia, mas também pela eclosão de um problema e por ações de monitoramento e avaliação. Sendo desencadeado por modos tão variados, não dá para esperar que ele se baseie em um único método, certo?

As vigilâncias fazem, com frequência, investigação de surtos e análise de erros de processo, nas suas várias vertentes. Waldman (1998), ao discutir os usos da vigilância e da monitorização (ou monitoramento) como instrumentos de saúde pública, aponta diferenças entre eles: (1) a vigilância analisa o comportamento de “eventos adversos à saúde” na comunidade e é uma das aplicações da epidemiologia nos serviços de saúde; a monitorização acompanha indicadores e tem aplicação em diferentes áreas de atividade, inclusive fora do setor saúde. O autor ressalta uma semelhança entre eles: é que ambos exigem três componentes: a informação, a análise e a ampla disseminação da informação analisada a todos que dela necessitam.

Essa avaliação pode utilizar várias abordagens e métodos, a depender de cada uma das vigilâncias mas também do que se quer avaliar (avaliação da qualidade dos serviços, avaliação epidemiológica dos serviços, avaliação de tecnologias em saúde etc.). Mas geralmente tem, também, um componente laboratorial. O laboratório pode ter também o papel de “instância de perícia”, a exemplo do que ele tem para a vigilância sanitária na chamada “análise fiscal”. Essa análise é aquela que o laboratório público (oficial) realiza em objetos e materiais sujeitos à vigilância (por exemplo, em medicamentos e insumos farmacêuticos) e que é destinada a comprovar a sua conformidade com a fórmula que deu origem ao registro e/ou a sua condição para uso seguro em seres humanos.

Os componentes das vigilância(S) em saúde possuem algumas semelhanças e algumas especificidades no que diz respeito ao seu processo de trabalho. É bem claro, e já foi explicitado, que o planejamento, a gestão e a comunicação são fundamentais para todos eles. Igualmente importantes para todos os componentes das vigilância(S) em saúde são a produção e a utilização de informações, sem as quais a efetividade de suas ações pode ficar aquém do desejável.

Por exemplo, se a vigilância sanitária em um grande município pretende inspecionar 100% das maternidades em um ano, como ela se deve planejar? Deve começar pelos serviços que atendem situações de maior risco ou de menor risco? A resposta mais imediata pode ser inspecionar as maternidades de alto risco. Mas e se houver a informação de que essas maternidades tiveram infecção hospitalar em nível aceitável, poucos nascimentos de baixo peso, baixas taxas de cesariana e poucas reinternações?

Essas e muitas outras informações podem ser úteis para planejar, de forma mais eficiente, ações prioritárias de vigilância. Com esse exemplo, você pode vislumbrar a contribuição da vigilância sanitária para a redução de possíveis eventos adversos e para a melhoria da qualidade da atenção ao parto.

Não é objetivo deste módulo aprofundar-se neste vasto tema, mas cabe ressaltar a importância de alguns sistemas de informação – não apenas do setor saúde mas também de outros setores – que permitam o acesso a informações demográficas, socioeconômicas, de produção industrial, sobre o meio ambiente, sobre acidentes de trânsito etc.

Sistemas de informação

Os principais sistemas de informação de base nacional do setor saúde são:

- Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan)
- Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)
- Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc)
- Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)
- Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS)
- Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), todos acessíveis no site do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS)
- Sistema Nacional de Informação Tóxico-Farmacológica (Sinitox), da Fundação Oswaldo Cruz
- Painel de Informações em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (Pisast), da Secretaria de Vigilância em Saúde.

Alguns desses sistemas são mais detalhados no *Caderno de Funções Gestoras e seus Instrumentos*.

Algumas informações de interesse para as vigilância(S) em saúde, de interesse comum ou do interesse específico de alguma vigilância, são produzidas em outros setores. Encontram-se no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) inúmeras pesquisas de interesse da saúde, tais como:

- Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária
- Censo Demográfico
- Pesquisa de Informações Básicas Municipais
- Agropecuária
- Pesquisa Mensal de Emprego
- Estatísticas do Registro Civil
- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad)
- Pesquisa Nacional de Saneamento Básico
- Pesquisa Anual do Comércio.

No site da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev), registram-se os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), de muita importância para a vigilância da saúde do trabalhador.

A vigilância epidemiológica diz respeito, principalmente, à geração de informações sobre a ocorrência e a distribuição de doenças na população, para subsidiar a tomada de decisões e a execução de ações de controle. De modo geral, são funções da vigilância epidemiológica:

- coleta, processamento e análise e interpretação dos dados
- recomendação das medidas de controle, promoção das ações de controle
- avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas
- divulgação das medidas pertinentes.

Historicamente restrito às doenças imunopreveníveis, o escopo das ações de vigilância epidemiológica se ampliou a partir do final dos anos 1990, com a incorporação, ainda precária atualmente, da vigilância das doenças não transmissíveis (DAnT) e de fatores de risco. Essa ampliação é influenciada pelo contexto internacional, notadamente pelo Center of Disease Control and Prevention (CDC) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com a formulação do conceito de vigilância em saúde pública, que incorpora a vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis. A OMS registra:

vigilância [em saúde pública] é o processo de coleta sistemática e análise dos dados com rápida disseminação para os tomadores de decisão, com vistas à ação. Um sistema de vigilância de doenças funciona bem quando provê informações para o planejamento, implementação, monitoramento e

avaliação de programas de saúde pública. A vigilância de doenças transmissíveis é parte da vigilância em saúde pública, que, por sua vez, é parte de um sistema de informação em saúde mais abrangente [...] (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001 apud SILVA JÚNIOR, 2004, tradução dos autores).

Configura-se, assim, uma aproximação entre os conceitos de vigilância em saúde pública e de sistema de informação; a análise da informação epidemiológica é um insumo considerado importante para a tomada de decisão em saúde.

A vigilância sanitária se utiliza desses sistemas de informações, de caráter nacional, para avaliar e/ou monitorar a qualidade da prestação de serviços e da utilização de produtos como medicamentos, próteses, vacinas e seus possíveis efeitos adversos. Esta é uma das dimensões importantes da vigilância sanitária: entendê-la como uma prática “avaliativa”, com características e atribuições diferenciadas das demais vigilâncias. Esses sistemas são úteis na identificação de danos e agravos à saúde decorrentes do processo de produção de bens de saúde e da prestação de serviços de saúde, na identificação de fatores determinantes e condicionantes para o gerenciamento desses riscos e para a eleição de prioridades de ação.

Inseridas no âmbito das relações sociais de produção e consumo, as ações da vigilância sanitária são consideradas ações típicas do Estado. Algumas delas, que lhe são exclusivas, têm caráter fiscal e só podem ser exercidas por profissionais que representam o Estado, em suas esferas de governo. **É o único componente das vigilância(S) em saúde que, em seu caráter regulatório, utiliza-se do poder de polícia, já referido, que permite restringir o interesse privado em prol do interesse público.** Por este motivo, além de utilizar os sistemas de informação, a vigilância sanitária se pauta num amplo sistema legal.

A legislação sanitária e a sua relação com o Poder Judiciário são condições **imprescindíveis** para o exercício de sua prática. Vale lembrar que é fundamental que estados e municípios contem com **códigos sanitários** que balizem e respaldem suas ações. Algumas das atribuições importantes da vigilância sanitária são: a elaboração de normas, a concessão pública (de autorização ou licença de funcionamento, registro de tecnologias, tais como medicamentos e tecnologias médicas) e a fiscalização sanitária.

Código sanitário é o conjunto de normas legais e regulamentares destinado à promoção, preservação e recuperação da saúde no âmbito municipal, estadual ou federal, que rege a atuação da vigilância sanitária (EDUARDO; MIRANDA, 1998).

Nos últimos anos, a Anvisa, em colaboração com estados e municípios, vem desenvolvendo o Sistema Nacional de Informações em Vigilância Sanitária (Sinavisa), que tem forte componente gerencial no que diz respeito ao registro das ações de vigilância sanitária em todas as esferas de governo. Outra iniciativa promissora nesse campo é a implantação do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa), cujo objetivo é captar e gerenciar as notificações de eventos adversos e queixas técnicas de todas as áreas do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

A vigilância ambiental em saúde é um conceito que se encontra em construção e volta-se para a detecção de “mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana [...]” (FRANCO NETTO; CARNEIRO, 2002). Busca, assim, identificar e gerenciar os fatores de risco ambiental relacionados a agravos/danos à saúde, especialmente no que se refere à água para consumo humano, contaminações do ar e do solo, desastres naturais, contaminantes ambientais e substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, efeitos dos fatores físicos e condições saudáveis no ambiente de trabalho.

Um sistema de informação muito utilizado na vigilância ambiental é o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Siságua), que ajuda na tomada de decisão e no direcionamento das ações sobre a água para consumo humano. Utiliza-se igualmente do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox) na análise dos casos de intoxicação por agrotóxicos. Para a questão das exposições aos diversos tipos de risco, têm sido montadas no âmbito da SVS/MS diversas bases de dados – por exemplo, o caso da Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada a Populações Expostas a Substâncias Químicas (Vigiquim).

A Instrução Normativa n. 1, de 07 de março de 2005 (BRASIL, 2005), que regulamenta a Portaria n. 1.172/04 a qual estabelece as competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de Vigilância em Saúde Ambiental, determina, conforme Decreto n. 4.726, de 09 de junho de 2003 (BRASIL, 2003), que a Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM), parte integrante da Secretaria de Vigilância em Saúde, é a



responsável pela coordenação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA), no que se refere aos procedimentos de vigilância epidemiológica das doenças e agravos à saúde humana associados a contaminantes ambientais.

Como forma de viabilizar a implantação de um sistema de vigilância em saúde dos agravos provocados pelos riscos químicos, foram selecionadas cinco substâncias, classificadas pela Comissão Permanente de Saúde Ambiental (Copesa) e pela Comissão Nacional de Segurança Química (Conasq), como prioritárias devido aos riscos à população: asbesto, benzeno, mercúrio, chumbo e agrotóxicos. Para cada grupo destas substâncias foi elaborada uma proposta preliminar de Modelo de Atuação que, de forma integrada, compõe o referido sistema (BRASIL, [200-]).

FIQUE LIGADO(A)!

Os sistemas e bases de dados de interesse das vigilâncias ambiental e em saúde do trabalhador podem ser acessados no Painel de Informações em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (Pisast). No momento, o acesso a esse painel se dá por meio da página de caráter experimental do Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, no seguinte endereço: <http://189.28.128.179:8080/pisast>. O departamento está sendo estruturado após a ida da Coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador (Cosat) para a SVS/MS.

Câmara e Tambelini (2003) agregam aos sistemas e bases já citados os Censos Demográfico e Agropecuário, o Sistema Nacional de Informações em Saneamento da Secretaria de Desenvolvimento Urbano; o Sistema de Informações Hidrológicas da Agência Nacional de Energia e Eletricidade (Aneel); as informações sobre imagens de satélites e monitoramento de queimadas do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe); as informações sobre recursos hídricos, qualidade dos assentamentos humanos, biodiversidade, Amazônia Legal, e de políticas de desenvolvimento sustentável do Ministério do Meio Ambiente (MMA); os sistemas de monitoramento do ar realizados por algumas instituições estaduais de meio ambiente, tais como a Companhia Estadual de Tecnologia em Saneamento Ambiental (Cetesb), em São Paulo, e a Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente (Feema), no Rio de Janeiro.

A saúde do trabalhador também se utiliza desses sistemas nacionais, especialmente na identificação de agravos relativos às situações relacionadas ao trabalho, e ainda discute um Sistema Nacional de Informação em Saúde do Trabalhador, uma vez que as informações sobre este segmento ainda são escassas e de qualidade aquém da desejada. Na construção de informações sobre os trabalhadores e seu adoecer, outras bases produzidas fora do setor saúde são úteis, como a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), bases censitárias do IBGE, do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (Dieese), e de sindicatos.

ATIVIDADE FINAL DO MÓDULO 7

Retome o Caso Césio 137. Suponha que você era o secretário municipal de saúde de Goiânia quando o acidente ocorreu. Revestido desse papel, realize as atividades que seguem.

1. Identifique

- outros órgãos governamentais que deveriam ter sido chamados a participar da resolução do problema;
- o papel e a contribuição de cada uma das vigilâncias daquela época no enfrentamento dessa situação;
- os sistemas de informação listados nesse módulo e que são úteis para a abordagem desse tipo de problema.

2. Comente

- o atendimento prestado aos acidentados; e,
- em relação aos sistemas de informação:
 - a possibilidade de acesso a esses sistemas (tecnologia acessível e de domínio por parte da equipe de trabalho do aluno ou do aluno-equipe);
 - disponibilidade da informação em tempo hábil.

Sistematize suas respostas e envie para o tutor por meio do Ambiente Virtual de Aprendizagem, pela ferramenta Envio de Atividades.

Referências

ABRUCIO, F. L. *Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: Hucitec; USP, 1998. 253 p.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *Resolução n. 328, de 22 de julho de 1999*. Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=1249>>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. *Resolução RDC n. 157, de 31 de maio de 2002*. Estabelece requisitos para o registro de medicamentos similares. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=7251>>. Acesso em: 21 mar. 2009.

ALBUQUERQUE, M. I. N. de; CARVALHO, E. M. F. de; LIMA, L. P. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 2, n. 1, p. 7-14, jan./abr. 2002.

ALVES, R. B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 1, 319-22, fev. 2003.

BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 1, p. 170-177, fev. 2006.

_____; ROJAS, L. O. Lugares, territórios, população. In: O TERRITÓRIO e a vigilância em saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2004. 80 p. (Série Material didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, 6).

_____. et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 11, n. 3, p. 129-138, set. 2002.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 26/2000 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n. 1 a 6/94*. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2000. 370 p.

_____. Decreto n. 3.450, de 9 de maio de 2000. Aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde - Funasa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 maio 2000. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/legislacao/d3450.htm>>. Acesso em: 31 mar. 2009.

BRASIL. Decreto n. 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 jun. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4726.htm>. Acesso em: 31 mar. 2009.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 31 mar. 2009.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM n. 1.956, de 14 de agosto de 2007*. Dispõe sobre a coordenação das ações relativas à saúde do trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.ago.07/iels153/U_PT-MS-GM-1956_140807.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria MS/GM n. 3.120, de 19 de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 14 jul. 1998.

_____. *Subsídios para construção da política nacional de saúde ambiental*. Brasília, 2005. 49 p. Mimeografado.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução normativa SVS/MS n. 1, de 7 de março de 2005. Regulamenta a Portaria n. 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, Estados, 70 Municípios e Distrito Federal na área de Vigilância em Saúde Ambiental. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 55, p. 35, 22 mar. 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/inst_normativa_01_2005.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2009.

_____. *Programa Nacional de Vigilância Ambiental relacionado a substâncias químicas*. [Brasília, 200-]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/programa_nacional_vigiquim_2009.pdf. Acesso em: 14 abr. 2009.

_____. *O que é vigilância epidemiológica*. Brasília, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=974>. Acesso em: 12 jun. 2005.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-77, 2000.

CÂMARA, V. de M.; TAMBELLINI, A. T. Considerações sobre o uso da epidemiologia nos estudos em Saúde Ambiental. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 95-104, 2003.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface*, v. 5, p. 133-142, 2001.

COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (Brasil). Resolução CNEN CD n. 27, de 17 de dezembro de 2004. Aprova Norma CNEN-NN-3.01 de Diretrizes Básicas de Proteção Radiológica, de Janeiro de 2005. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 4, 6 jan. 2005.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 15-40.

CZERESNIA, D. Risco epidemiológico e vigilância sanitária. In: SEMINÁRIO TEMÁTICO DA ANVISA, 10, Brasília, 2001. *As várias faces do conceito de risco em vigilância sanitária*. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/Institucional/snvs/coprh/seminario/risco_epide.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2009.

DE SETA, M. H. *A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do Federalismo*. 2007. 176 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 2007.

DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E. *Vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Programa de Educação à Distância, 2006. Mimeografado.

EDUARDO, M. B. de; MIRANDA, I. C. S. de. *Vigilância sanitária*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v. 8. (Saúde & Cidadania).

FRANCO NETTO, G.; CARNEIRO, F. F. Vigilância ambiental em saúde. *Ciência e Ambiente*, Rio Grande do Sul, v. 25, p. 47-58, 2002.

FREITAS, C. M. A produção científica sobre o ambiente na saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 679-701, maio/jun. 2005.

- _____. Riscos e processos decisórios: implicações para a vigilância sanitária. In: COSTA, E. A. (Org.). *Vigilância sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EDUFBA, 2008.
- FREITAS, M. B.; FREITAS, C. M. de. A vigilância da qualidade da água para consumo humano - desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 993-1004, dez. 2005.
- FUNTOWICZ, S. O.; RAVETZ, J. R. Science for the Post-Normal Age. *Futures*, v. 25, p. 739-755, 1993.
- GUILAM, M. C.; CASTIEL, L. D. Risco e saúde. In: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; O'DWYER, G. de. (Org.). *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 15-32.
- LEVY, B. S. Towards a holistic approach to public health surveillance. *American Journal of Public Health*, v. 86, n. 5, p. 624- 625, 1996.
- LIEBER, R. R.; ROMANO, N. S. *Saúde, ambiente, produção e o enfoque de risco*. Trabalho apresentado no Encontro da Associação Brasileira De Estudos Do Trabalho, 5, 1997, Rio de Janeiro. Mimeografado.
- LUCCHESI, G. *Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil*. 2001. 245 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- MENDES, E. A construção social da vigilância à saúde no distrito sanitário. In: MENDES, E. V. (Org.). *A vigilância à saúde no distrito sanitário*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1993. p. 7-19. (Série Desenvolvimento de serviços de saúde, 10).
- NATAL, S.; ELIAS, M. V. Projeto de análise de informação para tuberculose. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, v. 8, n. 1, p. 15-22, jun. 2000.
- ODWYER, G.; TAVARES, M. de F. L.; DE SETA, M. H. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. *Interface*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 467-484, 2007.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Carta de Ottawa, 1986. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília, 1992.
- _____. Declaração de Santa Fé de Bogotá . In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília, 1992. p. 41-47.
- PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia: revista brasileira de geografia médica e da saúde, Uberlândia*, v. 2, n. 2, p. 47-59, 2006.
- SILVA JÚNIOR, J. B. da. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. 2004. 318 p. Tese (Doutorado) – UNICAMP, São Paulo, 2004.
- TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 153-162, 2002. Suplemento.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L.. SUS. Modelos assistenciais e vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 2, n. 2, abr./jun. 1998.
- _____; PINTO, L. L. A formação de pessoal em vigilância à saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 2, n. 6, p. 5-21, 1993.

_____; _____. VILASBÔAS, A. L. (Org.). *O processo de trabalho da vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2004. 60 p. (Série Material Didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, 5.)

THACKER, S. B. et al. Surveillance in environmental public health: issues, systems, and sources. *American Journal Public Health*, v. 86, n. 5, p. 633-638, 1996.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 5, n. 3, p. 87-107, 1998.

8. Estruturação e gestão dos sistemas nacionais das vigilâncias: evolução, componentes e atribuições

Marismary Horsth De Seta e Lenice G. da Costa Reis



Nesta unidade de aprendizagem, no Módulo 7, introduzimos as vigilâncias do campo da saúde, suas semelhanças e especificidades. Agora é hora de ver como essas vigilâncias se estruturam nacionalmente para concretizar sua missão. E isso é muito mais do que identificar como e onde elas se inserem nos organogramas dos níveis federal, estadual e municipal...

Como disse Cazuya:

- “O tempo não para, não para, não, não para...”

A mensagem do poeta também se aplica às vigilâncias do campo da saúde, que têm vivido nos últimos dez a doze anos um intenso processo de discussão, de reformulação institucional, seja no nível federal, seja na descentralização para estados e municípios, e na ampliação de seus objetos e campo de atuação... Nesse processo, elas vêm se construindo como (sub)sistemas no SUS. A vigilância em saúde do trabalhador é a exceção, pelo menos até o momento, no movimento das vigilância(S) em saúde para operar como sistemas nacionais. Antes de sua inserção na Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), sua organização seguia outra lógica, conforme se verá neste módulo. Se essa lógica mudará, o tempo dirá...

Para início de conversa: a estruturação das vigilâncias no plano nacional e o desenho de seus sistemas

É certo que todo processo de mudança ocorre no tempo presente e se apoia no passado para se construir. De um lado, existe uma historicidade que contribui para que os sistemas nacionais de saúde e seus componentes tenham certas características e funcionem de certo modo, num dado contexto. De outro, a estruturação de um componente nacional geralmente tem correspondência com o que ocorre no plano internacional. Mas você viu que o cuidado tem estruturado redes regionalizadas e agora retorna a palavra sistema. Abordaremos brevemente essas três classes de questões nos itens que se seguem deste nosso início de conversa.

A coerência com o que ocorre no plano internacional

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 1969 se instituiu para “conseguir a máxima segurança contra a propagação internacional de doenças com um mínimo de obstáculos para o tráfego mundial” e determinou a vigilância epidemiológica internacional de algumas doenças transmissíveis.

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 2005 objetiva a instituição de um sistema global de vigilância, que é definida como “coleta, compilação e análise contínua e sistemática de dados, para fins de saúde pública, e a disseminação oportuna de informações de saúde pública, para fins de avaliação e resposta em saúde pública, conforme necessário”.

A cooperação internacional no campo da saúde é bem anterior à criação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Mas, com sua criação, toma corpo certa forma de cooperação centrada na erradicação e controle de doenças. É nesse marco que, em 1951, a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) aprovou regulamentos sanitários internacionais. Esses regulamentos foram unificados, dando origem ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 1969, que previa medidas de controle e intercâmbio de informações epidemiológicas sobre a propagação internacional da cólera, peste e febre amarela.

Em 1995, após as pequenas revisões de 1973 e 1981, a AMS ordenou a revisão do RSI de 1969. Essa revisão resultou no desenvolvimento e adoção pelos países do novo Regulamento Sanitário Internacional, de 2005 (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2005), cuja implementação no Brasil requereu o fortalecimento das vigilâncias, em especial da epidemiológica e ambiental e da vigilância sanitária.

No novo RSI (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2005):

1. consta apenas a expressão “vigilância”;
2. em vez de doenças, figura a “emergência de saúde pública de importância internacional”;
3. doença é definida como “uma doença ou agravo, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um

dano significativo para seres humanos”. Nessa definição se incluem os eventos causados por agentes biológicos, químicos e radionucleares, além da segurança dos alimentos e medicamentos; risco para a saúde pública é definido como a “probabilidade de um evento que possa afetar adversamente a saúde de populações humanas, com ênfase naqueles que possam se propagar internacionalmente, ou possam apresentar um perigo grave e direto”.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é o órgão responsável pelo controle sanitário dos aeroportos internacionais, portos e passagens de fronteiras terrestres para prevenir a propagação internacional de doenças.

A Anvisa, junto com os serviços correspondentes dos estados e municípios, é responsável por boa parte da segurança sanitária de produtos, tecnologias e serviços de saúde, desenvolvendo inclusive atividades de **farmacovigilância**, **tecnovigilância** e **hemovigilância**.

O ponto focal nacional para implementação do RSI é a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

De acordo com o RSI 2005, o Brasil precisa se estruturar para detectar, avaliar, notificar e informar eventos até 15 de junho de 2012.



Acesse o Regulamento Sanitário Internacional, disponível na internet (sites da OMS e da Opas) e também no CD e no AVA do curso.

No Módulo 9, o dos desafios e perspectivas, retornaremos a esses conceitos.

A coerência com a organização federativa e com o sistema de saúde brasileiro

Para isso, é preciso retomar, do ponto de vista das vigilâncias, alguns pontos abordados na unidade de aprendizagem “Fundamentos do Sistema Único de Saúde” e introduzir outros novos, para que fique claro do que se está falando neste módulo.

Da organização federativa

A Constituição de 1988 manteve para o Estado brasileiro o regime de **federação** e conferiu aos municípios o status de **ente federativo**, dotando-o, como aos outros dois entes (estados e União), de autonomia. A autonomia dos entes federados, que é relativa por causa da interdependência entre eles, relaciona-se à descentralização, que é um conceito que tem muitos significados. Mas, independentemente de ser uma descentralização política, administrativa ou desconcentração, ela tem dois lados, como os dois lados de uma mesma moeda: a realização

Federação é o estado em que coexistem entes federados (no Brasil são a União, os estados e os municípios, além do Distrito Federal) que cooperam, mas que também competem entre si. Eles têm autonomia, mas dependem uns dos outros (interdependência).

Ente federativo é aquele que, designado como tal na Constituição, tem capacidade de legislar; de arrecadar impostos, taxas e contribuições; e de administrar para prover de serviços e bens públicos a sua população.

descentralizada de ações e a transferência de recursos financeiros das esferas mais abrangentes de governo para as mais locais.

As **transferências financeiras** podem ser voluntárias ou negociadas (por exemplo, os convênios, que dependem das “vontades” e “disponibilidades orçamentárias”); e automáticas e regulares, como a repartição dos fundos de participação de estados e municípios (FPE e FPM, respectivamente) e a maioria dos repasses financeiros do SUS.

As transferências financeiras podem servir para: (1) operar a descentralização, (2) coordenar a ação dos governos; (3) reduzir as desigualdades regionais, (4) aumentar a cooperação entre os entes. Por isso, elas funcionam como um dos mecanismos que fazem a “coordenação federativa”. Outro mecanismo dessa coordenação é a emissão de normas de caráter nacional.

A descentralização das vigilâncias

Entre os princípios e diretrizes a nortear o SUS, tem sido privilegiada – mormente no campo do cuidado – a descentralização dos serviços e de sua gestão para o município. A descentralização das vigilâncias do campo da saúde seguiu processos diferentes em relação à descentralização do cuidado, e esses processos também foram diferentes entre si, inclusive no tempo.

A vigilância voltada para os processos de adoecimento – vamos continuar a chamá-la de vigilância epidemiológica, mesmo considerando que ela não se restringe, há muito tempo, às doenças transmissíveis – explicitou a necessidade de se constituir como um “sistema nacional” em meados da década de 1970. A vigilância sanitária (vigilância dos processos de produção-consumo) fez o primeiro movimento de constituição do seu sistema nacional em 1994, em tempos de SUS (DE SETA, 2007).

Tal como no cuidado, provavelmente pela histórica centralização, privilegiou-se a descentralização para os municípios, em detrimento, por exemplo, da regionalização. Mas, como vimos no módulo anterior, as vigilâncias trazem, de forma aguda, a questão da externalidade dos riscos à saúde. E onde há externalidade se faz necessário o exercício da coordenação.

Ambas as vigilâncias – sanitária e epidemiológica – aprofundam o processo de descentralização apenas quando duas circunstâncias se dão, não ao acaso, mas como decorrência histórica. A primeira circunstância é a implementação da Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB 01/96), pelo reforço do papel das instâncias intergestores e introdução de critérios relacionados às vigilâncias para transferências financeiras regulares e automáticas. A segunda é o fortalecimento dos serviços/órgãos das vigilâncias federais – o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), sucedido depois pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), e a Secretaria de Vigilância Sanitária, transformada em Agência Nacional de Vigilância Sanitária (DE SETA, 2007).

Essas duas vigilâncias, desde o final dos anos 1990, vêm organizando seus sistemas nacionais de forma mais ou menos exitosa para cada uma delas. Os processos de descentralização delas, embora com desenhos e graus de implementação diversos, ocorreram sob forte coordenação pela esfera federal, com base em regulamentação (normas escritas) e transferências financeiras. Com o Pacto de Gestão, ocorreram modificações em vários aspectos do processo de descentralização, cujas repercussões ainda não são passíveis de serem estimadas.

Por que estruturação dos sistemas das vigilâncias e não das redes?

Como você viu no módulo anterior, uma função comum a todas as vigilâncias do campo da saúde é a chamada “regulação dos riscos”. Para esse tipo de regulação se faz necessária a constituição de sistemas. Mas por que sistemas?

1. Principalmente porque há a obrigatoriedade legal de que o SUS execute, pelo menos, dois conjuntos de ações correspondentes às vigilâncias sanitária e epidemiológica, e esses conjuntos de ações estão legalmente definidos como sistemas. Ao mesmo tempo, algumas ações dessas áreas exigem elevados requerimentos técnicos e institucionais, difíceis de serem alcançados por todos os componentes de uma federação marcada pela desigualdade, como a brasileira. Como exemplo, as ações de Estado, sejam aquelas típicas integrantes do elenco da vigilância sanitária (registro de medicamentos e outras tecnologias, por exemplo), ou outras comuns a todas as vigilâncias, como a elaboração de normas técnicas fundadas na ciência para regulação ou controle dos riscos.

Se esses requerimentos elevados tivessem que ser alcançados igualmente por todos os componentes da Federação haveria uma sobreposição, uma duplicação de estruturas que resultaria em um volume de gastos governamentais extremamente elevados.

Os requerimentos para o sistema nacional de vigilância sanitária são altos e podem ser classificados como exigências, necessidades de ordem técnica, funcional e política. O vasto campo de atuação da vigilância sanitária – produtos, tecnologias (equipamentos e processos) e serviços – e a diversidade de ações – que vão das fiscais até a comunicação técnica de riscos e a comunicação com a sociedade – contribuem para um componente técnico diversificado e complexo no que concerne aos requerimentos técnicos. Dentre os de ordem funcional e política, os que colocam a exigência de várias ações, por serem ações típicas de Estado de defesa e proteção da saúde, precisam ser executadas por “agentes públicos” – profissionais concursados ou comissionados – relativamente protegidos em função do nível potencialmente alto de conflitos de interesse (DE SETA, 2007). Os requerimentos técnicos e institucionais para o sistema nacional de vigilância epidemiológica também são elevados, principalmente em relação à análise da situação de saúde e articulação de respostas rápidas.

2. **Necessita-se de ação abrangente territorialmente, coordenada e cooperativa** para prevenir ou minimizar os prováveis danos e agravos decorrentes da exposição aos riscos, fatores e situações de risco, ou seja, para **reduzir a externalidade negativa das vigilâncias do campo da saúde** se faz necessário agir sistemicamente. Agir sistemicamente implica coordenação e cooperação, o que não significa inexistência de conflito e até de disfunções. Mas o arranjo sistêmico é aquele que permite, de um lado, a existência de componentes interdependentes, desiguais e complementares, porém capazes de realizar certas funções. De outro, ele implica possibilidade de ajustamento mediante retroalimentação; as trocas regulares incluem a informação. E essa troca de informação é, inclusive, um potente mecanismo para a coordenação do trabalho e de estabelecimento da ação coordenada.

Ação sistêmica coordenada e necessidade de planejar

Para haver uma ação coordenada no nível sistêmico, não dá para deixar de lado o **planejamento**. Você já ouviu falar do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)?

É que o SUS, no contexto do Pacto de Gestão, buscou rever e sistematizar seus processos de planejamento. O intento foi promover a articulação desses processos nas três esferas de governo e em cada esfera de governo, com os instrumentos do planejamento da ação governamental. Esses instrumentos, previstos na Constituição Federal de 1988, são o

Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária anual (LOA).

Embora não haja um consenso na Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) em relação ao PlanejaSUS como o sistema de planejamento do SUS, é consensual a necessidade de articulação entre os planos do setor saúde e os planos mais abrangentes dos governos.

Os instrumentos do PlanejaSUS são:

1. o plano de saúde de cada esfera de gestão, que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. Ele é a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde;
2. a programação anual de saúde, onde são detalhadas as ações, as metas e os recursos financeiros que operacionalizam o respectivo plano;
3. o relatório anual de gestão, que apresenta os resultados alcançados com base no conjunto de indicadores da programação.

FIQUE LIGADO(A)!

Embora neste módulo o objeto não seja especificamente o planejamento, quando falarmos das programações anuais das vigilâncias, seja a Programação das Ações de Vigilância em Saúde, seja o Plano de Ação da Vigilância Sanitária, é bom que você saiba, antecipadamente, que eles precisam estar inseridos no plano de saúde e na programação anual da esfera correspondente (federal, estadual ou municipal) e seu resultado alcançado, no relatório anual de gestão. E tudo isso tem que ser pactuado nas comissões intergestores, como precisa acontecer na construção federativa (e cooperativa) do SUS.

No processo de estruturação dos sistemas nacionais das vigilâncias, um aspecto comum a todas é a necessidade de capacidade analítica laboratorial no seu processo decisório, seja para confirmação de casos, para estabelecimento de nexos causais e de evidências científicas. Há muito tempo o laboratório não pode ser reduzido a “suporte laboratorial”, na medida em que eles funcionam também como instância de perícia das vigilâncias. Todavia, este texto não tratará a questão laboratorial em sua plenitude, mas abordará o Laboratório Central de Saúde Pública ou Laboratório de Saúde Pública (Lacen) como um componente do sistema nacional das vigilâncias do campo da saúde.

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE)

Neste tópico abordaremos o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) em separado do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA). Isso se justifica:

1. em face da novidade que é a incorporação da vigilância ambiental em saúde, no que concerne aos fatores não-biológicos e mais ainda a incorporação da saúde do trabalhador à SVS;
2. pelo fato de o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde ainda não estar oficialmente estruturado e de que seus componentes se encontram em construção.

A adoção do termo Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica respeita as mudanças ocorridas no SNVE no sentido de ampliação de suas práticas e guarda coerência com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), também legalmente instituído. Este também teve seu escopo de atividades significativamente ampliado desde meados da década de 1970. Além disso, algumas normas técnicas trazem a designação vigilância epidemiológica e ambiental, em vez de vigilância em saúde. **O sistema instituído por normas legais é o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE).**

São marcos legais da regulamentação do SNVE:

1. A Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975 (BRASIL, 1975a), regulamentada pelo Decreto n. 78.231, de 12 de agosto de 1976 (BRASIL, 1976a). Eles dispõem sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelecem normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dão outras providências.
2. Os Decretos n. 4.726, de 9 de junho de 2003 (BRASIL, 2003a), e n. 5.974, de 29 de novembro de 2006 (BRASIL, 2006a). Ambos aprovam a estrutura regimental do Ministério da Saúde e dão outras providências; neles constam: Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde.

O desenvolvimento da vigilância epidemiológica no Brasil e os esforços para conformação da “vigilância em saúde pública” na esfera federal

No desenvolvimento da vigilância epidemiológica no Brasil, consideram-se dois momentos: a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), no final dos anos 1960 e início dos 70; a criação do SUS, embora ações do campo da vigilância epidemiológica sejam realizadas desde muito antes no país.

A partir da CEV, que durou de 1966 a 1973, os princípios da vigilância epidemiológica foram aplicados a outras doenças imunopreveníveis. Em 1968, criou-se o Centro de Investigações Epidemiológicas (CIE), na Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP). Esse centro organizou, em 1969, um sistema de notificação semanal de doenças baseado em uma rede de unidades sob a coordenação das secretarias estaduais de saúde. Um boletim epidemiológico de circulação quinzenal passou a ser divulgado pelo Ministério da Saúde.

A partir da CEV foram organizadas pela esfera federal, em cooperação com os estados, Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE), suprimindo-se “com recursos federais as eventuais necessidades dos estados” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1975, p. 140; RODRIGUES, 1977, p. 40). Portanto, a CEV consistiu em uma política prévia que resultou na criação das bases estaduais. Inferem-se dessa citação a cooperação intergovernamental de caráter técnico e financeiro e a natureza episódica das transferências, de caráter negociado, vigentes até os anos 1990. A campanha contribuiu também para a formação de epidemiologistas. Erradicada a varíola, estes passaram a ocupar diferentes funções nos serviços de saúde, e vários deles participaram da 5ª Conferência Nacional de Saúde (5ª CNS), realizada em 1975.

Após essa conferência, a regulamentação dispunha sobre a organização dos componentes do SNVE em: órgão central, mantido pelo Ministério da Saúde; órgãos regionais, mantidos pelas secretarias de saúde dos estados e Distrito Federal; órgãos microrregionais; Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE). Além disso, a UVE, indicada pela esfera estadual, deveria ser reconhecida pelo Ministério da Saúde.

Importante iniciativa foi o programa nacional de capacitação em vigilância epidemiológica, estruturado a partir de 1983. Esse programa baseava-se em materiais desenvolvidos pela Secretaria de Recursos Humanos/MS – Curso de Introdução à Vigilância Epidemiológica (Cive) e pela Escola Nacional de Saúde Pública – Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE) e formou 3.000 profissionais para os estados em todo o país (CARVALHO; MARZOCHI, 1992).

É dessa época a realização de uma oficina de trabalho, organizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pelo Ministério da Saúde, para debater a criação de um Centro Nacional de Epidemiologia (Cenep). Entretanto, o Cenep não chegou a se efetivar, apesar de criado formalmente mediante portaria ministerial, publicada em 06 de dezembro de 1984 (SILVA JÚNIOR, 2004, p. 71). Em São Paulo, em 1985, criou-se o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) para coordenar o Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica. Outros centros estaduais também foram criados.

PARA PESQUISAR

Como se desenvolveu a vigilância epidemiológica no estado e no município em que você atua como gestor do SUS?

Registre os resultados de sua pesquisa.

O Cenepi promoveu a indução de pesquisas na área e o fomento de discussões em congressos específicos, como o I Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado no início da década de 1990. Além das parcerias diretas com instituições acadêmicas, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), por intermédio de seu Grupo Temático, transformado em Comissão, teve papel fundamental no desenvolvimento da pesquisa em epidemiologia.

Em um segundo momento, com a criação do SUS, a vigilância epidemiológica, vista como base técnica para planejamento das ações no sistema de saúde, teve grande expansão. Com isso, criou-se efetivamente o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), em 1990, como um Departamento da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), pela fusão da Fundação Serviços de Saúde Pública com a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) e incorporaram-se algumas áreas das secretarias do Ministério da Saúde, além de se intensificarem a capacitação de recursos humanos e a parceria com instituições acadêmicas para o desenvolvimento da área e a cooperação internacional com outros órgãos, em especial com a OPAS/OMS e o Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

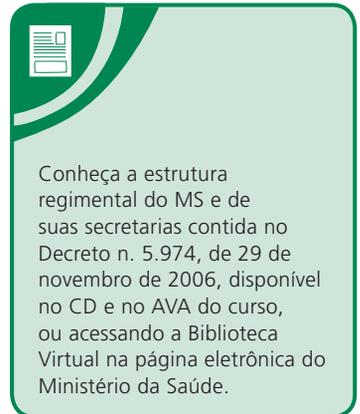
A criação do Cenepi representou uma importante transformação institucional na esfera federal. No início dos anos 2000, tentou-se sua autonomização mediante projeto formulado pelo Executivo, no qual se previam a instituição dos Sistemas Nacionais de Epidemiologia, de Saúde Ambiental e de Saúde Indígena e a criação de uma Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças (Apec). O projeto foi rejeitado em 2002, na forma da Medida Provisória n. 33/2002 (DE SETA, 2007).

A sua transformação, em 2003, em **Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)** representou uma trajetória ascendente na hierarquia institucional acompanhada de ampliação de áreas de atuação e da permanência de um mesmo dirigente do serviço federal de epidemiologia ao longo dessa trajetória. Na SVS/MS reuniram-se:

1. as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças;
2. a coordenação nacional de programas de prevenção e controle de doenças;
3. o Programa Nacional de Imunizações; a investigação e resposta aos surtos de doenças emergentes de relevância nacional;
4. a coordenação da rede nacional de laboratórios de saúde pública; e
5. a Coordenação da Saúde do Trabalhador, mais recentemente.

Esse modelo organizacional que reúne as ações de vigilância epidemiológica e as de controle de doenças, tal como o da SVS/MS, não é uma regra. Sobre essa discussão há autores seminais, como o próprio Langmuir, que afirma que, na evolução do conceito de vigilância, da década de 1950 aos anos 1970, “alguns entusiastas tenderam a expandir o seu âmbito para longe demais”, e defende que essa tendência de expansão é “etimologicamente inadequada e administrativamente imprudente”, colocando-se a favor de o serviço de vigilância alertar e recomendar as medidas de controle necessárias, mas deixar a gestão e as ações de controle em outra esfera que não a da vigilância (LANGMUIR, 1971).

Essa denominação, Secretaria de Vigilância em Saúde, teria sido escolhida por representar o processo de expansão das práticas, consoante a tendência internacional no sentido do conceito de vigilância em saúde [pública] – entenda-se aqui o modelo desenvolvido pelo CDC e OMS – “que já se vinha processando no interior do Cenepi, no final dos anos 1990” (SILVA JÚNIOR, 2004). Mas, para o sistema que abriga essas práticas, o mesmo autor afirma que o nome seria “Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde”, mais habitual



Em 2007, a gestão e a coordenação das ações relativas à Saúde do Trabalhador, na esfera federal, passaram para o âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde (Portaria GM/MS n. 1.956, de 14 de agosto de 2007). Com a mudança, a Área Técnica de Saúde do Trabalhador saiu do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde.

em nosso meio e que, pelo acréscimo do termo “Ambiental em Saúde” ao nome tradicional, SNVE, reforça-se a inclusão do novo objeto, a vigilância sobre os fatores de risco ambientais.

Silva Júnior (2004) reitera, todavia, que até 2002 não teria ocorrido “efetivamente a realização de qualquer atividade de vigilância ambiental em saúde” e sim “o início do processo de estruturação dessa área, com um trabalho centrado em atividades normativas e de capacitação de recursos humanos”.

Quanto ao escopo do modelo de práticas que se busca desenvolver e do seu propósito, Silva Júnior (2004) afirma que se buscava responder aos desafios decorrentes do perfil epidemiológico complexo da atualidade. E que este se caracteriza pelo “surgimento e/ou persistência de doenças, exigindo uma renovação e fortalecimento da vigilância de doenças transmissíveis para fazer face” às doenças emergentes (por exemplo a Aids); àquelas que reaparecem (dengue) e às que persistem (as endemias).

REITERANDO...

Tal como já se viu que não há consenso quanto a um nome (vigilância epidemiológica, vigilância em saúde etc.) para a prática, também não há consenso quanto à denominação para o nível sistêmico:

1. o uso da expressão “sistema nacional de vigilância epidemiológica” é corrente em nosso meio;
2. há aqueles que atualmente empregam as duas expressões – vigilância epidemiológica e vigilância em saúde – para designar uma prática expandida que inclui, mas não se limita às doenças transmissíveis;
3. há os que veem na adoção da expressão “vigilância em saúde pública” uma alternativa para evitar confusões, inclusive com a epidemiologia em seu sentido mais amplo, já que a vigilância é apenas uma das diversas aplicações dessa disciplina aos serviços de saúde:
 - 3.1 dentre esses, há os que consideram – ou não – ter havido uma mudança substantiva nas práticas em função da nomenclatura adotada;
4. no site do Ministério da Saúde há uma referência: o SNVE é parte do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. O Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde, em construção, seria a outra parte; este se verá mais adiante, no item “O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA)”, deste módulo.



Ao empregarmos a expressão sistema nacional de vigilância epidemiológica, reconhecemos a expansão da prática que ele abriga. Reconhecemos também que essa expressão designa uma prática específica e que seu uso agrega clareza a esse texto. ■

A estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e a gestão descentralizada da política

Embora as bases para estruturação do SNVE sejam anteriores no plano nacional e, mais ainda, no plano internacional, pode-se afirmar que essa estruturação no Brasil, que tem como marco a 5ª Conferência Nacional de Saúde, de 1975, beneficiou-se da existência da CEV como uma política prévia que deixou lastro. E esse lastro era dado, destacadamente: cooperação com os estados na montagem das Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE), que resultou na estruturação do componente estadual quando o SNVE se instituiu; pela ocupação de cargos de gestão pelos epidemiologistas formados quando a CEV deixou de existir; pela certificação, pela esfera federal, das UVE. Portanto, a CEV consistiu em uma política prévia que resultou na criação das bases estaduais do sistema de vigilância epidemiológica, num contexto em que o município ainda não era reconhecido como ente federativo (DE SETA, 2007).

A estrutura do SNVE foi formalizada pela Lei n. 6.259/75, regulamentada pelo Decreto Presidencial n. 78.231/76 (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA, 2002; SILVA JÚNIOR, 2004). Com esse decreto, deu-se um processo de **desconcentração** de ações de vigilância epidemiológica para os estados, territórios e Distrito Federal. Em função do momento histórico em que o SNVE se constituiu, apenas os componentes federal e estadual participavam formalmente da divisão do trabalho; ao município cabia manter a vigilância epidemiológica. Disso resulta que, quando o município entra na arena da negociação da descentralização da vigilância, no final dos anos 1990, a esfera estadual, no que concerne às ações de vigilância epidemiológica já estava minimamente estruturada.

Desconcentração é a modalidade de descentralização administrativa em que as atividades são realizadas por outro órgão ou em outra região, segundo definições do nível central.



Conheça mais sobre a implantação da vigilância das Dant lendo o artigo “A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde”, de Deborah Carvalho Malta, Antônio Carlos Cezario, Lenildo de Moura, Otaliba Libânio de Moraes Neto e Jarbas Barbosa da Silva Júnior (2006). O texto encontra-se no CD e no AVA do curso.

Conheça a estrutura e o financiamento do componente laboratorial de interesse da vigilância epidemiológica e ambiental consultando as seguintes portarias (ou as que vierem a substituí-las):

- Portaria n. 2.031, de 23 de setembro de 2004, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública;
- Portaria n. 2.606, de 28 de dezembro de 2005, do Ministério da Saúde, que classifica os Laboratórios Centrais de Saúde Pública e institui um incentivo financeiro – Finlacen;
- Portaria n. 70, de 23 de dezembro de 2004, da Secretaria de Vigilância em Saúde, que estabelece os requisitos para habilitação dos Laboratórios de Referência Nacional e Regional para as redes de laboratórios de vigilância epidemiológica e ambiental.

O escopo das ações de vigilância epidemiológica, que se restringia às doenças transmissíveis, somente se ampliou a partir do final dos anos 1990, com a incorporação, ainda precária atualmente, da vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant) e de fatores de risco.

Outras medidas da década de 1970 interferiram positivamente na qualidade das informações para a vigilância epidemiológica, segundo Waldman, Silva e Monteiro (1999). Dentre elas:

1. a implantação do formulário padronizado de declaração de óbito, insumo fundamental para o desenvolvimento, a partir de 1976, do Sistema Nacional de Informações de Mortalidade;
2. a implantação, a partir de 1977, do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, que propiciou a criação, em todo país, com apoio do Ministério da Saúde, de 515 unidades de laboratório com diferentes níveis de complexidade, sendo alguns deles laboratórios de pesquisa.

O Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab) foi instituído pela Portaria Ministerial n. 280, de 21 de julho de 1977.

O Sislab é formado por um conjunto de redes nacionais de laboratórios (Redes Nacionais de Laboratórios de: Vigilância Epidemiológica; Vigilância em Saúde Ambiental; Vigilância Sanitária; Assistência Médica de Alta Complexidade). Algumas redes são organizadas por agravos ou programas.

A Secretaria de Vigilância em Saúde é a gestora das Redes Nacionais de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância em Saúde Ambiental (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

A descentralização das ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças para a esfera municipal somente se iniciou no final da década de 1990, após a definição dessa esfera como ente federado e, no caso da saúde, como a executora preferencial das ações de saúde (Lei n. 8.080/90). Essa descentralização se deu estando o serviço correspondente da esfera estadual, reitera-se, ainda que de maneira desigual, minimamente estruturado.

Também para os estados essa descentralização se acentua, a partir de 1998, no contexto da implementação da NOB 01/96, quando são publicadas as Portarias do Ministério da Saúde n. 1.399, de 15 de dezembro de 1999, e n. 950, de 23 de dezembro de 1999. Elas definiram,

respectivamente, as responsabilidades das três esferas e a forma de financiamento das ações, por meio do **Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças** (TFECD) e da Programação Pactuada e Integrada da Epidemiologia (PPI/ECD), repassados fundo a fundo para estados e municípios. Até a implementação da Portaria n. 1.399, as ações de prevenção e de controle de doenças transmitidas por vetores, ou as que predominavam em áreas rurais, eram de responsabilidade da Funasa, com exceção do estado de São Paulo. Com a Portaria n. 1.399, a execução foi descentralizada para estados e municípios mediante a instituição da PPI/ECD. A instituição desses repasses regulares e automáticos permitiu a estruturação de muitos serviços municipais de vigilância epidemiológica e o reforço dos serviços estaduais correspondentes.

A Portaria n. 1.172, de 15 de junho de 2004, revogou a Portaria 1.399 e, além disso:

- uniformizou a denominação para esse campo de práticas como “vigilância em saúde”, deixando de utilizar a expressão “epidemiologia e controle de doenças”, segundo Silva Júnior (2004);
- alterou o nome da PPI/ECD para Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS).

Outro impulso na estruturação do Sistema foi a aprovação, em 17 de setembro de 1998, do Projeto VigiSUS I (Vigilância e Controle de Doenças), no valor de US\$ 200 milhões, dos quais a metade correspondia à contrapartida das esferas de governo brasileiras e a outra parte, a empréstimo do Banco Mundial. O Projeto VigiSUS II (Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde), cuja vigência prevista era até 31 de dezembro de 2008, correspondeu à segunda etapa de um programa de sete anos, com financiamento total de US\$ 600 milhões.

Os objetivos do projeto explicitados no site do banco eram: “reduzir a mortalidade e morbidade de doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como reduzir a exposição da população aos fatores de risco e melhorar a saúde de grupos especialmente vulneráveis, inclusive indígenas e afrodescendentes das áreas rurais”. O alcance desses objetivos se daria pelo fortalecimento do “sistema nacional de vigilância de doenças transmissíveis e fatores ambientais” e por ações junto a grupos populacionais definidos: saúde materno-infantil; doenças não transmissíveis e lesões, bem como vigilância e prevenção de fatores de risco; ampliação do acesso das populações indígenas aos serviços de saúde com aumento da sua eficácia mediante desenvolvimento

institucional, melhoria da qualidade e adequação cultural; serviços de água e saneamento às comunidades rurais.

A criação da SVS/MS, em 2003, foi vista neste módulo. Sobre a estrutura que se criou, o professor Paulo Sabroza, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, considerou, por um lado, que essa reorganização institucional poderia gerar as condições ideais para a retomada do compromisso de construção do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, ao mesmo tempo que a concentração de poder político e uma ênfase ainda maior nas funções de normalização e de gestão administrativa poderia trazer prejuízos para as funções de inteligência sanitária. Dentre estas, a integração de bases de dados, as análises de situações de saúde, a produção de estudos de perspectivas de problemas de saúde em cenários futuros (SABROSA, [200-]).

O termo inteligência sanitária é geralmente utilizado pelos epidemiologistas como “inteligência epidemiológica”. Esta pressupõe que existam equipes treinadas para realizar investigações de surtos e estudos epidemiológicos complementares para identificação de grupos e fatores de risco. O resultado das funções de inteligência epidemiológica seria o desenvolvimento das bases técnicas dos programas de controle de certos eventos adversos à saúde, a identificação de lacunas no conhecimento para indução de pesquisas e a incorporação aos serviços do novo conhecimento produzido nas pesquisas. (WALDMAN; FREITAS, 2008).

Sobre a abrangência da vertente de vigilância da saúde implementada pela SVS/MS, consta no respectivo site que

A vigilância em saúde incorpora as seguintes áreas: a análise de situação de saúde e sistemas de informação em saúde, a vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e de doenças e agravos não-transmissíveis, e a vigilância ambiental em saúde.

Dessa forma, exclui a vigilância sanitária, embora conste em documento oficial do MS que o modelo implementado seja o de “integração institucional das vigilâncias”.

Mas, na prática, a SVS/MS estende sua esfera de influência à área da vigilância sanitária, dentre outras, mediante a instituição da **Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS)**, que incorpora algumas ações básicas de vigilância sanitária (BRASIL, 2003b); a delegação de competência à SVS/MS para coordenar a avaliação do desempenho da Anvisa no que tange ao contrato de gestão que rege

as relações da agência com o Ministério da Saúde durante a gestão do ministro Humberto Costa; da formalização da competência da SVS/MS para “formular e propor a Política de Vigilância Sanitária, bem como regular e acompanhar o contrato de gestão da vigilância sanitária”, segundo o Decreto n. 5.974, de 29 de novembro de 2006, emitido durante a gestão do ministro Agenor Álvares (DE SETA, 2007).

Ao contrário da sua denominação integrada, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) mostrou-se fragmentada: PPI da Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD), PPI da Assistência etc.

Foi a PPI/ECD que, em 2003, em correspondência com o lócus institucional que passa a abrigá-la na esfera federal, e a se denominar Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS). Instituída pela Instrução Normativa n. 1, de 8 de dezembro de 2003, mais tarde se denominou PAPVS (Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde) e, a partir de 2008, PAVS (Programação das Ações de Vigilância em Saúde). O escopo das ações de vigilância sanitária nessas programações variou bastante ao longo dos anos (DE SETA, 2007). A cada ano essas informações podem ser encontradas principalmente no site da SVS/MS (gestão descentralizada).

Do ponto de vista do financiamento, as ações de vigilância epidemiológica historicamente contavam com alocações de recursos das três esferas de governo. Estados e municípios financiavam ações rotineiras de imunização, notificação e investigação epidemiológica e programas de controle de doenças. A esfera federal, representada pela Funasa, financiava ações sob sua responsabilidade e repassava recursos para estados e municípios por meio de convênios específicos para uma determinada doença. Recursos federais adicionais eram pleiteados tendo como justificativa o recrudescimento de doenças e a emergência de epidemias (SILVA JÚNIOR, 2004).

No processo de descentralização no bojo da implementação da NOB 96, para a composição e rateio dos recursos federais a serem repassados, os estados foram classificados em três estratos, considerando-se o perfil epidemiológico – principalmente em relação a dengue, malária, leishmaniose e doença de Chagas, em função da necessidade de operações de campo; a área, em km²; e a população residente, pressupondo-se que em uns o custo das ações de campo seria maior que em outros (SILVA JÚNIOR, 2004).

Assim, o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) de cada estado se compunha de três parcelas, duas delas com valores *per capita* diferenciados, a depender do estrato em que o estado fora classificado:

1. valor *per capita* por ano, que varia de R\$ 4,08 a R\$ 1,80;
2. valor correspondente à área do estado em km²/ano, que varia de R\$ 3,00 a R\$ 1,20;
3. incentivo à descentralização *per capita* igual para todos os estratos, no valor de R\$ 0,48 por ano.

Eram exigidas contrapartidas dos estados e municípios de 20, 30 e 40% para os estratos 1 a 3 e certificação. O TFECD poderia ser acrescido de um montante para campanhas de vacinação, segundo a Portaria n. 950/99, resultando em valores *per capita* totais que variaram, em 1999, de R\$ 2,35 a R\$ 7,79.

Após a instituição dos repasses regulares, os montantes federais repassados a estados e municípios que constituíam o TFECD foram da ordem de R\$ 554.689.000,00 (SILVA JÚNIOR, 2004, p. 112) em 2000 e de R\$ 736.000.000,00 em 2005 (DE SETA, 2007), em valores nominais dos respectivos anos. Parte desse crescimento pode ser atribuída às atualizações anuais nos montantes a serem repassados, com base nas estimativas de população realizadas pelo IBGE.

As fontes de recursos federais colocados à disposição do SNVE compreendiam o Tesouro Nacional e os recursos “novos” do Projeto VigiSUS I e II. O montante total previsto para um período de sete anos, de 1999 a 2008, era de US\$ 600 milhões, dos quais 50% correspondiam à contrapartida das esferas de governo brasileiras; a outra parte, a empréstimo do Banco Mundial, sendo o Governo Federal o mutuário do empréstimo.

Após o Pacto de Gestão 2006, o Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde (Portaria MS/GM n. 204, de 29 de janeiro de 2007) foi regulamentado. Esse bloco é formado por dois componentes: Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e Vigilância Sanitária.

O componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde se refere aos recursos federais destinados às ações de vigilância, prevenção e controle de doenças. O montante de recursos é composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (antigo TFECD) e inclui

os seguintes incentivos: Hospitais do Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, Registro de Câncer de Base Populacional, Atividade de Promoção à Saúde, Laboratórios de Saúde Pública, repasses referentes às campanhas de vacinação e o incentivo do Programa DST/Aids e outros repasses que vierem a ser implantados por meio de ato normativo específico ou que sejam destinados à execução de ações contingenciais, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Basicamente, a composição desse componente se manteve inalterada após o Pacto de Gestão em 2006 (pelo menos até a chamada gripe suína).

Os efeitos das mudanças no financiamento da saúde, especialmente o impacto no que diz respeito ao financiamento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, ainda não foram avaliados. É esperada alteração no gasto realizado pelas esferas subnacionais após o Pacto, que, presumidamente, dotou-as de maior autonomia na alocação de recursos dentro de cada bloco de financiamento (à exceção do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica). Mas, por outro lado, não se espera que esse impacto seja muito grande, em função da permanência das regras anteriores de composição e de rateio dos recursos. Assim, ficaram mantidas a estratificação dos estados e a exigência de certificação, bem como a avaliação da Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) pela SVS/MS no nível dos estados e pelos estados, no nível de seus municípios.

A PAVS, lembrando, é a herdeira daquela Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI/ECD), que virou Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde (PPI/VS), Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde (PAP VS) e só depois PAVS. Ela continuou a incluir ações de vigilância sanitária e de vigilância ambiental.

Geralmente, a cada ano é emitida uma norma com o conteúdo da pactuação em relação a ações e parâmetros que são acordados entre os três gestores do SUS. As metas concernentes à vigilância epidemiológica são as que mais têm tido relativa estabilidade a cada ano. O fórum de assessoria para esses assuntos é o Grupo Técnico de Vigilância em Saúde, da Comissão Intergestores Tripartite (GTVS/CIT), em que a Anvisa também tem um assento.

Alguns alertas a respeito da PAVS 2008/2009

1. A PAVS foi definida como o instrumento de planejamento anual das vigilâncias epidemiológica e ambiental, ou seja, é como se ela fosse o plano de ação (anual), parte da programação anual e que precisa ter relação com o plano de saúde (quadrienal) da esfera de governo em que você se insere.

FIQUE LIGADO(A)!

A programação anual das vigilâncias costuma ser normatizada a cada ano. A PAVS 2008/2009 foi definida por meio da Portaria n. 64, de 30 de maio de 2008.

No final do item “Para início de conversa” deste módulo, listamos os instrumentos de planejamento governamental e os do PlanejaSUS. Esse conjunto de instrumentos faz a necessária articulação entre planejamento e orçamento públicos no campo da saúde.

2. Os prazos e fluxos para elaboração e aprovação da PAVS são, geralmente, coerentes com os estabelecidos nos instrumentos de planejamento governamental; é imprescindível respeitar a aprovação pelas instâncias competentes do SUS.

Os eixos da PAVS 2008/2009 são:

- I. notificação de doenças e agravos;
- II. investigação epidemiológica;
- III. diagnóstico laboratorial de agravos de saúde pública;
- IV. vigilância ambiental;
- V. vigilância de doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses;
- VI. controle de doenças;
- VII. imunizações;
- VIII. monitoramento de agravos de relevância epidemiológica;
- IX. divulgação de informações epidemiológicas;
- X. alimentação e manutenção de sistemas de informação;
- XII. monitoramento das ações de vigilância em saúde; e
- XIII. vigilância sanitária.



Se você deseja conhecer melhor os instrumentos de planejamento governamental leia *Nova forma de pensar e fazer planejamento e orçamento*, de Denise Nabuco Villa-Forte (2006).

Para saber mais sobre os instrumentos do PlanejaSUS, você pode buscar os *Cadernos de Planejamento*, disponíveis no CD, na biblioteca do AVA e no site do Ministério da Saúde.

PARA PESQUISAR

Busque no CD ou na biblioteca do curso ou, ainda, no site da SVS/MS, os eixos e o conteúdo das ações da PAVS.

Identifique o que foi pactuado para o seu município e sua região e compare com o estabelecido nacionalmente.

Registre seus comentários no Diário de Estudos para mais tarde compartilhá-los com os demais colegas de equipe.

A vigilância epidemiológica no SUS

A vigilância epidemiológica, dentre todas as vigilâncias, é a única que consiste em atividade exclusiva do setor saúde. Some-se a isso o fato de não haver conflitos sérios no seu campo de atuação entre interesse público e privado e se torna compreensível o seu grau de implementação comparativamente maior que o das outras vigilâncias. No entanto, sua implementação no âmbito do SUS ainda apresenta certo grau de precariedade, mormente na esfera municipal, segundo as análises de Carvalho e Marzochi (1992), e Carvalho et al. (2005).

Carvalho e Marzochi (1992) realizaram uma avaliação do processo de trabalho em vigilância epidemiológica em 948 unidades de saúde situadas em 98 municípios sobre o fluxo de informações, análise dos dados e realização de investigação epidemiológica. Evidenciou-se que, em 53,7% das unidades, as normas mais elementares para a vigilância epidemiológica não eram seguidas e que, em apenas um terço das unidades, foram encontrados alguns daqueles 3.000 profissionais treinados mediante o Curso de Introdução à Vigilância Epidemiológica (Cive) e o Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE).

Carvalho et al. (2005) realizaram estudo sobre a realização das ações de vigilância epidemiológica em 11 municípios de Pernambuco, de portes variados. Concluíram que a vigilância epidemiológica apresentou deficiências que comprometem a sua implantação plena no âmbito municipal. Os autores concluíram que em apenas 27% dos municípios a vigilância epidemiológica estava implantada, e parcialmente implantada em 46%. Fatores como o maior porte dos municípios e a condição de gestão plena do sistema influenciavam positivamente a sua implementação. Quanto às características de gestão, embora todos os

municípios estivessem certificados para realizar as ações necessárias, foram identificados entraves significativos para sua efetiva realização. Os autores concluíram que as atividades de processamento, análise dos dados e a disseminação das informações ainda não fazem parte da rotina dos serviços, comprometendo a efetividade da “informação para a ação”, que seria um dos seus objetivos.

A despeito da distância no tempo e da diferença entre as variáveis utilizadas, os resultados das duas análises citadas guardam coerência entre si e apontam a necessidade de continuidade dos esforços para consolidação e aprimoramento do SNVE. Mais recentemente, estudos têm abordado a descentralização das ações de vigilância epidemiológica no interior dos municípios (BEZERRA et al., 2009), notadamente nas capitais ou municípios de grande porte. Alguns estudos chegam a abordar a vigilância epidemiológica no nível das equipes de Saúde da Família (SANTOS; MELO, 2008), mas essa lógica ainda é recente.

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, apesar dos esforços e investimentos feitos, ainda apresenta certo grau de precariedade, mormente na esfera municipal, persistindo a necessidade de continuidade dos esforços para sua consolidação e aprimoramento.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)

Vamos iniciar este tópico lembrando alguns fatos sobre a evolução da vigilância sanitária no país e dando algumas sugestões de estudos e buscas complementares, porque eles oferecem alguns elementos para entender o caráter distinto da vigilância sanitária. Todavia, a ênfase será colocada no período após a década de 1970, que rende maiores subsídios para entender o processo de implantação do SNVS e a posição atual da vigilância sanitária no SUS, no pós-Pacto de Gestão.

O desenvolvimento da vigilância sanitária no Brasil

No Brasil, é dito que a prática mais antiga de saúde pública é a polícia sanitária, que tinha como função regulamentar o exercício da profissão, combater o charlatanismo e exercer o saneamento da cidade, fiscalizar as embarcações, os cemitérios e o comércio de alimentos,

com o objetivo de vigiar a cidade para evitar a propagação das doenças (EDUARDO; MIRANDA, 1998).

Ao longo do tempo, a vigilância sanitária sofreu modificações em seus enfoques conceituais – até integrar o campo da avaliação em saúde –, no seu modo de atuação e no escopo dos objetos e atividades a ela sujeitos. Atividades normativas e educativas são inseridas e reforçadas como atribuições, além de se manterem suas características mais tradicionais e conhecidas da população. As atribuições mais conhecidas são as decorrentes de seu poder de polícia administrativa e se assentam na inspeção, na fiscalização, nas atividades autorizativas – licenciamento, autorização e registro de produtos –, no julgamento de irregularidades e aplicação de sanções.

O desenvolvimento da vigilância sanitária tem se dado, por um lado, em consonância com os processos de desenvolvimento econômico, de acumulação de capital e de desenvolvimento tecnológico; por outro, com o que é usualmente denominado “tragédias sanitárias” (LUCCHESI, 2001). Podem-se elencar algumas dessas tragédias, no Brasil e no mundo, que deram impulso a algumas áreas da vigilância sanitária.

Na década de 1960, com o episódio da talidomida e o nascimento de bebês com malformações congênitas, foram criados órgãos nacionais e normas voltadas à segurança dos fármacos e à importância do monitoramento de suas reações adversas, que hoje têm tido maior impulso.

Ainda nessa década, a ocorrência de mortes no Japão por ingestão de peixes contaminados por mercúrio, a contaminação da carne brasileira com anabolizantes e mortes de animais por ingestão de ração contendo aflatoxina impulsionaram a regulamentação na área de alimentos (COSTA; ROZENFELD, 2000).

A Figura 1 representa doze tragédias sanitárias brasileiras de memória recente, também apresentadas na “Mostra Cultural Vigilância Sanitária e Cidadania”. O objetivo das tragédias na exposição é, fundamentalmente, despertar a sociedade para: (1) os efeitos negativos da falta de ação ou da ação insuficiente da vigilância sanitária; (2) a possibilidade de mudar essa história de sucessão de tragédias com a ação esclarecida e organizada da sociedade.



Visite a Linha do Tempo da vigilância sanitária no Brasil na “Mostra Cultural Vigilância Sanitária e Cidadania”, desenvolvida pelo Centro Colaborador em Vigilância Sanitária da Ensp/Fiocruz. Com charges, fotos, reproduções de Debret e textos históricos, essa mostra pode ser visitada presencialmente na exposição em formato de museu de ciência que percorre o país. Também encontra-se no CD, na biblioteca do AVA ou em <http://www.ccs.saude.gov.br/visa/historia1.html>.

Figura 1 – As doze tragédias sanitárias brasileiras



Fonte: Mostra Cultural Vigilância Sanitária e Cidadania.

Visite a versão animada deste painel disponível no CD, na biblioteca do curso ou no link <http://www.ccs.saude.gov.br/visa/tragedias.html>

Na década de 1970, além de extensa regulamentação em várias áreas da vigilância sanitária, foi criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (Decreto n. 79.056/76), unificando institucionalmente as atividades dispersas no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia e no Serviço de Saúde dos Portos (COSTA; ROZENFELD, 2000).

Na década de 1980, os sanitaristas que, segundo Sergio Arouca, historicamente não se envolveram com a vigilância sanitária passaram a nela desempenhar funções tecnogerenciais. Alguns deles ocupavam cargos também na diretoria do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) e no conselho editorial da revista *Saúde em Debate*. Essa primeira e breve ocupação de espaço contribuiu para que a vigilância

sanitária integrasse, ainda que não centralmente, a agenda da Reforma Sanitária, com o reconhecimento explícito da baixa prioridade a ela atribuída – Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), Documentos 3 –, e fosse apontada, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, bem como nas que se seguiram, a necessidade de uma conferência específica (DE SETA, 2007).

Por outro lado, a incorporação da vigilância sanitária à agenda reformista deve ter sido facilitada pela eclosão de tragédias sanitárias, dentre as quais a contaminação por transfusão de sangue em hemofílicos, que suscitou o movimento “Salve o sangue do povo brasileiro”, capitaneado por Herbert de Souza, e o acidente radiológico com o Césio 137, em Goiânia, em 1987.

Sobre esse acidente se pode dizer que ele foi determinante para que o Conselho Nacional de Saúde emitisse a Resolução n. 6, de 21 de dezembro de 1988 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1989). Ela instituía o licenciamento obrigatório dos estabelecimentos que lidam com radiações ionizantes pela vigilância sanitária estadual, bem como a obrigatoriedade de um plano de radioproteção, aprovado pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN). Ressalte-se que, desde 1961, era prevista a ação de controle sanitário das fontes de radiação ionizantes pelo Ministério (DE SETA, 2007).

Os sanitaristas ligados à Ensp que ocuparam a direção da então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS/MS) por curto período (SOUTO, 1996), demissionários dessa mesma Secretaria na impossibilidade política de organizar a conferência específica, promoveram a Conferência Nacional de Saúde do Consumidor, em 1986. Esta objetivava “definir o papel do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária enquanto organismo-atividade responsável por observar as condições, produtos e serviços que podem afetar a saúde do consumidor” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO CONSUMIDOR, 1987).

Com a ampliação dos movimentos sociais, a reorganização da sociedade civil e a maior integração dos movimentos dos consumidores brasileiros com o movimento internacional, organizaram-se vários órgãos, estatais e da sociedade civil, voltados ao direito do consumidor (Conselho Nacional de Defesa do Consumidor, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor e Procuradorias do Consumidor). Os movimentos



Assista ao vídeo *Sergio Arouca fala sobre vigilância sanitária*, que se encontra disponível no CD, na biblioteca do curso ou para download em <http://www4.ensp.fiocruz.br/visa/nossa-producao/?tipo=443>

de consumidores eram tão fortes que esse período culminou com promulgação da Lei n. 8.078/90, conhecida como Código de Defesa do Consumidor (CDC). Pode-se assim dizer que:

a partir da década de oitenta, a crescente participação popular e de entidades representativas de diversos segmentos da sociedade no processo político moldaram a concepção vigente de vigilância sanitária, integrando, conforme preceito constitucional, o complexo de atividades concebidas para que o Estado cumpra o papel de guardião dos direitos do consumidor e provedor das condições de saúde da população... (EDUARDO; MIRANDA, 1998).

A década de 1990 foi marcada por tragédias ocorridas nos serviços de saúde, algumas delas representadas graficamente na Figuras 1. A morte, em 1996, de cerca de 50 pacientes no Instituto de Doenças Renais, em Caruaru/PE, por utilização de água contaminada com a toxina microcistina desencadeou várias regulamentações e ações na área da hemodiálise no Brasil. A morte de idosos internados na Clínica Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, deu origem a uma série de ações voltadas às clínicas de idosos que vêm sendo, ainda hoje, aperfeiçoadas. E algumas tragédias se repetem, ainda que tenham provocado diversas normas e intervenções da vigilância sanitária, como a morte de bebês em berçários (Ceará, Rio de Janeiro, Roraima) e falsificação e fraude de medicamentos.

Tem se afirmado que a fraude e a falsificação de medicamentos culminaram na criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, órgão federal que substituiu a **antiga Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde**, pela Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Com essa lei:

1. definiu-se a coordenação do sistema nacional de vigilância sanitária pela Anvisa;
2. aboliu-se a grande rotatividade dos postos de direção do órgão federal (SOUTO, 1996), ao se instituir mandato para os dirigentes da Anvisa;
3. dispôs-se sobre a arrecadação das taxas de fiscalização, que foram majoradas, e atribuíram-se extensas competências à agência; não se dispôs, porém, sobre o financiamento do sistema;
4. não foram incorporadas, entre as atribuições e competências da Anvisa, a vigilância em saúde do trabalhador (que apenas na esfera estadual algumas vezes integrou a vigilância sanitária, não sem conflitos) e as atribuições mais gerais em relação ao ambiente.

FIQUE LIGADO(A)!

A sigla SVS pode significar:

- Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SVS/MS), criada em 1990, a partir da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SNVS/MS), e em 1999, substituída pela Anvisa;
- Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), criada a partir do Cenepi, em 2003.

Após 2000, outros episódios ganharam os jornais brasileiros: o contraste radiológico Celobar, responsável por cerca de 20 mortes, e o produto ocular Methyl Lens, responsável por casos de cegueira; mais recentemente, os surtos relacionados a micobactéria não tuberculosa foram os mais significativos.

Quando da constituição da Anvisa, estruturou-se no Serviço Federal de Vigilância Sanitária um novo campo de atuação, a vigilância sanitária de serviços de saúde, que, mesmo de forma pontual, já integrava a agenda de algumas vigilâncias sanitárias estaduais. Incorporaram-se ao escopo das ações da Agência outras iniciativas que se desenvolveram no âmbito de outras secretarias do Ministério, tais como o controle de infecção em serviços de saúde e a questão da qualidade e segurança do sangue.

Iniciativas como a constituição de uma rede de hospitais-sentinela, da notificação e de busca ativa de eventos adversos relacionados a produtos e serviços a ela sujeitos e as evidenciadas nos processos de **regulamentação e regulação sanitária internacional** têm caráter permanente na agenda do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e, mais especificamente, na do seu órgão federal.

Outras iniciativas mais pontuais de assunção de algumas políticas – por exemplo, as voltadas à certificação e acreditação – têm estado na agenda da vigilância sanitária que, para eliminar ou minimizar riscos no consumo de produtos e na prestação de serviços, tem o cerne de seu trabalho no binômio “qualidade e segurança” de produtos, tecnologias e serviços.

Como **regulamentação sanitária internacional** destacam-se os processos de harmonização da legislação sanitária entre países, notadamente no Mercado Comum do Sul (Mercosul); como **regulação sanitária internacional**, destacam-se os processos relacionados à atuação em portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados, de competência legal exclusiva da esfera federal, tanto no que concerne à circulação de pessoas quanto de bens.

Entre as competências da Anvisa consta conceder e cancelar certificados de boas práticas de fabricação às empresas produtoras de medicamentos. A Anvisa sucedeu o Ministério da Saúde na função de certificar o acreditador (Portaria MS/GM n. 538, de 17 de abril de 2001, que reconhece a Organização Nacional de Acreditação (ONA) como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação hospitalar no Brasil), mediante as Resoluções RE n. 921, de 29 de maio de 2002, e RDC n. 12, de 26 de janeiro de 2004.

A estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e a gestão descentralizada da política

Alguns diplomas legais da década de 1970 dispunham sobre o papel dos órgãos de vigilância sanitária das três esferas de governo, mas só em meados dos anos 1980 a necessidade de descentralização e de maior articulação entre os serviços de vigilância sanitária das três esferas de governo foi explicitada no Relatório da Conferência Nacional de Saúde do Consumidor, de 1986. Contudo, a constituição de um sistema aflorou nos documentos legais quase 20 anos depois da instituição do SNVE, com a Portaria n. 1.565, de 26 de agosto de 1994.

Essa portaria não chegou a ser implementada na esfera federal nem revogada formalmente e inspirou a estruturação de alguns serviços estaduais. Com ela, de um lado, buscava-se romper a fragmentação das ações de vigilâncias sanitária, epidemiológica e em saúde do trabalhador e se enfatizava a municipalização das ações, incorporando, não à vigilância, mas ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), as demais ações de saúde, inclusive as assistenciais. De outro lado, a Portaria definia competências das esferas de governo nas ações de vigilância sanitária, assumia o caráter intersetorial dessas ações e a necessidade de articulação com outras instâncias.

Mas, após quatro anos de sua vigência, uma auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU) relacionou as fragilidades do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS): a estrutura da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SVS/MS) era insuficiente para o desempenho de suas atividades; 63% dos estados não detinham pessoal qualificado, 33% enfrentavam carência de equipamentos,

veículos, legislação apropriada ou informações sobre as unidades a serem fiscalizadas e 58% não acompanhavam a atuação da esfera municipal na área. Em 66% dos municípios auditados, o número de agentes era insuficiente (DE SETA, 2007).

Como já foi visto, a Lei n. 9.782/99 (BRASIL, 1999c) instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, que substituiu a antiga Secretaria de Vigilância Sanitária. Dotada de autonomia administrativa e financeira, seus dirigentes têm estabilidade após serem sabatinados pelo Senado Federal.

Componentes e funcionamento do SNVS

O SNVS pode ser visto em **sentido restrito**, tendo por base o que está expresso nas normas legais; em **sentido ampliado**, com base na resolução de um dado problema, como é explicitado a seguir.

Componentes do SNVS em sentido restrito

Em sentido restrito, integram o SNVS, além da Anvisa:

- os órgãos ou serviços de vigilância sanitária dos estados e municípios;
- o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fundação Oswaldo Cruz;
- os Laboratórios de Saúde Pública (Lacen).

Nos estados e municípios, por vezes são órgãos, por vezes são “serviços” (departamentos ou setores que cumprem essa função na estrutura das secretarias), que se estruturam de variadas maneiras. Alguns assumem o formato institucional de Agência Estadual de Vigilância Sanitária, como na Paraíba; outros combinam em sua estrutura a vigilância ambiental, como no caso da Bahia; em alguns estados e municípios pode-se encontrar na mesma estrutura as vigilâncias: sanitária, em saúde do trabalhador e/ou ambiental. Alguns poucos ainda agregam a vigilância epidemiológica. Os serviços estaduais e municipais de vigilância sanitária, majoritariamente, são integrantes da Administração Direta, e variam também em relação à autonomia administrativa e financeira do núcleo central de suas respectivas secretarias de saúde (DE SETA; SILVA, 2001).

O INCQS é uma unidade da Fundação Oswaldo Cruz que atua como órgão de referência nacional para as questões tecnológicas e normativas relativas ao controle da qualidade de insumos, produtos, ambientes e serviços vinculados à vigilância sanitária. Além do ensino de pós-graduação, realiza análises laboratoriais previstas na legislação sanitária; emite documentos e normas; participa de inspeções, por exemplo, de indústrias e hemocentros; avalia processos de registro de produtos; desenvolve, valida e/ou implanta novas metodologias analíticas; estabelece materiais de referência; capacita recursos humanos externos; assessora os Lacen; atende a consultas, perícias e elabora e distribui documentos técnicos e materiais de referência.

Os Lacen, pertencentes às secretarias de estado de saúde e distribuídos nacionalmente, que vimos anteriormente voltados para a vigilância epidemiológica e ambiental, também têm um componente de Laboratórios Oficiais de Controle da Qualidade de Produtos e Bens de Saúde. As análises de interesse da vigilância sanitária são, notadamente, de produtos.

O Conass tem sete câmaras temáticas (CT); uma delas é a de Vigilância Sanitária (CT Visa), composta pelos coordenadores estaduais de vigilância sanitária. As CTs são fóruns de assessoria aos órgãos de direção sobre questões do seu âmbito de atuação. A CT Visa funcionou durante algum tempo como uma instância de explicitação e representação dos interesses dos estados, especialmente frente à Anvisa (DE SETA; SILVA, 2001).

O Conasems conta com dez núcleos temáticos; um deles é o Núcleo Estratégico de Vigilância e Promoção, que também se ocupa da vigilância sanitária.

É nessa composição restrita que tem sido tomadas decisões no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no máximo se expandindo com a participação de representações das comissões intergestoras, em especial o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass); o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); e a Secretaria de Vigilância em Saúde.

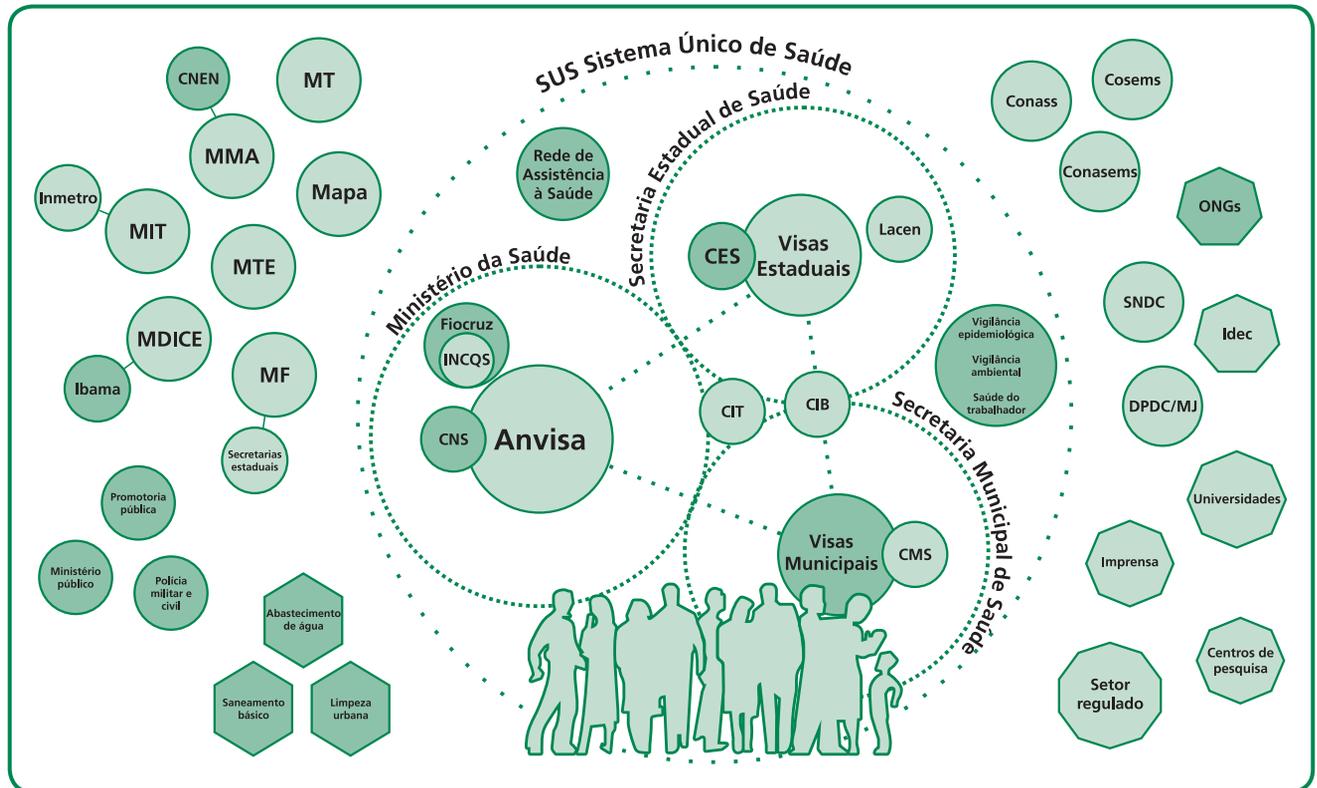
Os conselhos distritais, estaduais e municipais de saúde são colegiados participativos, fundamentais para o controle social. A participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde, estabelecida pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, deve ocorrer de duas maneiras: pelas conferências e pelos conselhos de saúde. No tocante à Vigilância Sanitária, a Lei n. 8.080/90 instituiu a Comissão Permanente de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia, que só em 2005 passou a funcionar regularmente. Em consulta ao site do Conselho em 29 de abril de 2009, não mais foi encontrada a Comissão Permanente de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia.

Componentes do SNVS em sentido amplo

Em sentido ampliado, ou seja, considerando o funcionamento do SNVS para resolver um problema, outros componentes, além dos já

citados no item anterior, integram-se ao sistema. São órgãos da saúde, de outros setores governamentais ou da sociedade civil, como representado na Figura 2.

Figura 2 – Representação gráfica do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária



Fonte: Mostra Cultural Vigilância Sanitária e Cidadania (2006).

A Figura 2 busca representar a natureza multidisciplinar e intersetorial da vigilância sanitária, que precisa interagir com outros setores governamentais e da sociedade. Algumas ações – como o monitoramento da qualidade da água para consumo humano – e algumas áreas de atuação – como saúde do trabalhador, alimentos, radiações, saúde e meio ambiente – são de competência de mais de um órgão, interno ou externo ao Sistema Único de Saúde.

Outro exemplo é o da limpeza urbana e do saneamento básico, em que grande parte das ações é de responsabilidade direta de outros órgãos, dentre eles as companhias de lixo urbano, o Ministério do Meio Ambiente, o Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e o Conselho Nacional de Energia Nuclear. Mas como eles têm importância para a saúde, são de interesse direto ou indireto da vigilância sanitária.

A ela interessa, principalmente, a geração, coleta, armazenamento e disposição final dos resíduos dos serviços de saúde, dos medicamentos vencidos, dos resíduos industriais que são despejados voluntária ou involuntariamente nos rios e mananciais e que são capazes de contaminar o meio ambiente.

Pelo caráter do setor produtivo, sujeito à vigilância sanitária, conforme já mencionado, a circulação dos chamados “bens de saúde” (medicamentos, alimentos, produtos médicos) tem interfaces com outros ministérios, como o de Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior e o da Ciência e Tecnologia.

Agir em prol da cidadania e dos direitos do consumidor é uma das mais arrojadas e consequentes atribuições da vigilância sanitária, e o movimento dos consumidores tem sido importante fator indutor da ação da vigilância sanitária. O Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, no Brasil, tem órgãos estaduais de defesa do consumidor, organizações não-governamentais de defesa do consumidor e uma legislação que é considerada uma das melhores do mundo, a já citada Lei n. 8.078, de 11 de dezembro de 1990, o Código de Defesa do Consumidor.

A vigilância sanitária integra o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, e o trabalho conjunto com esses órgãos, bem como com o Ministério Público e a Promotoria Pública, melhora a efetividade das ações de vigilância sanitária. Alguns estados têm feito ações pioneiras nesse sentido, como as inspeções sanitárias de serviços de hemodiálise, realizadas em conjunto com a Associação de Renais Crônicos, no Rio de Janeiro.

O aumento da capacidade financeira da Anvisa e a descentralização

Com a criação da Anvisa, houve crescimento na dotação orçamentária e na execução orçamentária da vigilância sanitária federal. Suas receitas provêm do Orçamento Geral da União – 44,9% dos recursos em 2005 –, e de recursos próprios – principalmente arrecadação de taxas e multas que, no mesmo ano, corresponderam a 55,1% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

Esse aumento da capacidade financeira da Agência, no momento da implementação da NOB 01/96, propiciou repasses financeiros regulares e automáticos para os municípios. A partir de março de 1998,

a título de incentivo, como componente do Piso de Atenção Básica, parte Variável (PAB Variável), os municípios passaram a receber o Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS, também chamado de PAB VISA); a partir de agosto de 2000, os estados passaram a receber um valor *per capita* por habitante/ano denominado Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária (MAC Visa); depois de outubro de 2001, o repasse conhecido pela sigla TFVS ou como MAC-fato gerador. Esse repasse representa a repartição do produto da arrecadação das Taxas de Fiscalização em Vigilância Sanitária recolhidas à Anvisa.

FIQUE LIGADO(A)!

A sigla TFVS significa três coisas diversas, a depender do contexto: Taxa de Fiscalização em Vigilância Sanitária, Teto Financeiro de Vigilância Sanitária e, mais recentemente, Teto Financeiro da Vigilância em Saúde.

De 1998 a 2003, o financiamento federal das ações de vigilância sanitária ocorreu da seguinte maneira:

1. repasses para os municípios com base em um valor *per capita* de R\$ 0,25 por ano, multiplicados pela população residente, efetivados desde o primeiro semestre de 1998 a título de Incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária (PBVS);
2. repasses para os estados, compostos de duas parcelas:
 - a) repartição das Taxas de Fiscalização em Vigilância Sanitária (TFVS ou MAC-fato gerador), a partir de outubro de 2001;
 - b) repasse para o financiamento das Ações de Média e Alta Complexidades em Vigilância Sanitária (MAC Visa), a partir de agosto de 2000.

Para fomentar a descentralização, estava previsto que, do valor *per capita* de R\$ 0,15/hab/ano multiplicado pela população de cada unidade federada, destinados aos estados, no mínimo R\$ 0,06/hab/ano seriam repassados aos municípios como incentivo à municipalização.

Como foi visto, a partir de dezembro de 2003 parte das ações básicas de vigilância sanitária – inspeções em estabelecimentos do comércio de alimentos; drogarias/ervanarias e postos de medicamentos; creches; estabelecimentos de ensino fundamental; estações rodoviárias e ferroviárias – passou a integrar a Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS).

Com a edição da Portaria MS/GM n. 2.473/2003, estabeleceu-se adicionalmente um repasse fundo a fundo, aos municípios que pactuassem, após aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e homologação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), da importância correspondente ao somatório das seguintes parcelas: a) valor mínimo de R\$ 0,10 (dez centavos) *per capita*/ano, a ser deduzido do teto estadual; e (b) valor de R\$ 0,10 (dez centavos) *per capita*/ano, a ser alocado pela Anvisa.

Com a implementação dessa Portaria, o volume de recursos para os municípios aumentou, perfazendo um mínimo *per capita* de R\$ 0,20, à custa da redução dos repasses para os estados e do repasse complementar de R\$ 0,10 por habitante/ano, aportado pela Anvisa. Como resultado dessa política, 616 municípios do país aderiram à descentralização das ações de média e alta complexidades; aproximadamente 66% deles tinham menos de 50.000 habitantes.

A contrapartida dos estados e municípios aos recursos federais, sempre que prevista, deveria ser de valor equivalente a, no mínimo, os mesmos percentuais dos orçamentos estadual e municipal destinados a ações de vigilância sanitária no ano anterior. Não se encontraram dados acerca do montante dessa destinação, o que sugere ser exigência meramente formal; são necessários estudos sobre o aporte de recursos pelas esferas estadual e municipais para o financiamento das ações de vigilância sanitária realizadas em seu território.

Após a instituição dos repasses regulares, os montantes federais repassados a estados e municípios que constituíam o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVS) foram da ordem de R\$ 67.100.000,00 no ano 2000 e de R\$ 104.302.751,80 em 2005, em valores nominais dos respectivos anos (Fonte: Relatórios de Gestão da Anvisa, de 2000 a 2005).

Considerados os anos extremos do período, verificou-se crescimento da ordem de 35,67%, sobretudo à custa dos recursos do Termo de Ajustes e Metas (TAM), que cresceram 54,8%. Além da correção dos montantes pela variação populacional no período, realizada com base nas estimativas do IBGE, esse crescimento pode ser explicado pela gradativa entrada em vigor dos repasses – a exemplo da repartição MAC Visa, a partir de agosto de 2000, e da Taxa de Fiscalização da Vigilância Sanitária (TFVS), a partir de outubro de 2001. Houve também maior aporte de recursos da Anvisa para municípios, a partir de 2004, para financiar a proposta de descentralização contida na Portaria n. 2.473/03.

A transferência de recursos financeiros para os estados estava vinculada ao Termo de Ajustes e Metas (TAM), que previa metas organizativas e finalísticas centradas na inspeção sanitária (DE SETA; SILVA, 2006). A descentralização das ações de vigilância sanitária após a NOB 01/96 seguiu regras próprias. Embora tenha adotado a classificação das ações de vigilância segundo níveis de complexidade, conforme proposto pela Portaria SAS n. 18, de 21 de janeiro de 1999, a exemplo da área assistencial, não se efetivou nenhum repasse por serviços produzidos nem se vinculou a realização de certo tipo de ações a uma dada modalidade de gestão, na qual o ente estava enquadrado (DE SETA; SILVA, 2006, p. 201-204).

A classificação das ações de vigilância em alta, média e baixa complexidades, constante dessa portaria, não é mais vigente.

Para os estados, essa condicionalidade nas transferências financeiras – a adesão ao TAM – exerceu uma indução que resultou na estruturação e modernização de quase todos os serviços estaduais de vigilância sanitária. Eles ficariam com a responsabilidade de promover a descentralização das ações de vigilância sanitária no âmbito de seu território. A avaliação, por parte da Anvisa, de que isso não ocorreu a contento, bem como a existência de saldos financeiros dos recursos repassados aos estados, motivou, após 2003, a introdução da esfera municipal no processo de pactuação. Rompeu-se a regra até então estabelecida da interlocução privilegiada (quase exclusiva) da Anvisa com a esfera estadual.

Para os municípios, as transferências financeiras eram realizadas sem ter como contrapartida a realização de ações, nem mesmo as classificadas como de baixa complexidade (ou básicas). Com a entrada do município no processo de pactuação da vigilância em 2003, constituiu-se o Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária (CIT/VISA) da Tripartite (CIT).

Nesse Comitê se procedeu à discussão de novas diretrizes para descentralização e financiamento que, após a aprovação pela CIT, transformaram-se na Portaria n. MS/GM 2.473/2003, que definiu as responsabilidades das três esferas de governo quanto ao sistema, fluxos de decisão para descentralização das ações de média e alta complexidades em vigilância sanitária e mudanças nos repasses federais, com incorporação da esfera municipal ao processo até abril de 2006. Depois disso, ele se esvaziou politicamente, ao mesmo tempo que se reforçou o Grupo Técnico de Vigilância em Saúde (GTVS), da Câmara Técnica da CIT, no qual a Anvisa tem um representante, ao lado da representação da SVS, mas os representantes das duas outras esferas de governo geralmente não são ligados à vigilância sanitária, como anteriormente acontecia,

A Portaria MS/GM n. 2.473/2003, baseada em níveis de complexidade das ações, foi revogada pela Portaria n. 1.998/07, que estabeleceu nova sistemática de repartição dos recursos federais. Atualmente está em vigor a Portaria MS/GM n. 133, de 21 de janeiro de 2008, que atualizou os valores da 1.998/07.

especialmente em relação à representação da esfera estadual, que, reitera-se, era exercida pela Câmara Técnica de Vigilância Sanitária do Conass, por delegação.

A coordenação do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, no final dos anos 1990 e início dos 2000, encontrou um contexto federativo diverso daquele dos anos 1970. Tal como sucedeu na construção do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, a construção do SNVS se iniciou pelo componente estadual. Só que, em curto espaço de tempo (três a cinco anos), passou a incorporar também as demandas municipais em um contexto democrático, o que representa um processo mais difícil do que sob um governo autoritário (ARRETCHE, 1999).

De todo modo, a coordenação federativa que, mediante o TAM, contribuiu para a estruturação dos serviços estaduais não chegou a se efetivar para a esfera municipal. Até 2004, esta recebia os repasses federais sem ter o compromisso da realização de ações e sem que houvesse exigência de certificação, como aconteceu na vigilância epidemiológica. A incorporação de algumas ações de vigilância sanitária à PPI/VS ainda não foi suficientemente analisada.

A vigilância sanitária no SUS e o pós-Pacto de Gestão

De 2005 a 2007 iniciou-se um processo que congregou os serviços de vigilância sanitária das três esferas de governo, chegando à elaboração e à aprovação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA). O PDVISA, que foi identificado como uma necessidade nas recomendações da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, nasceu de uma deliberação do Comitê Consultivo Tripartite de Vigilância Sanitária e se desenvolveu num processo de mobilização dos serviços de vigilância sanitária, com participação de algumas instituições acadêmicas. Ele contém um elenco de diretrizes, organizadas em cinco eixos:

- organização e gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no âmbito do SUS;
- ação regulatória: vigilância de produtos, de serviços e de ambientes;
- a vigilância sanitária no contexto da atenção integral à saúde;
- produção do conhecimento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico;

- construção da consciência sanitária: mobilização, participação e controle social.

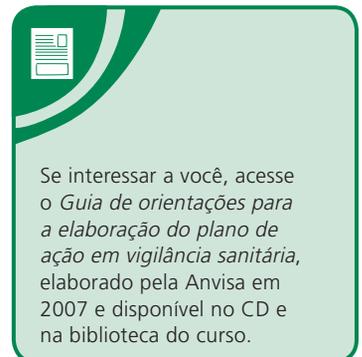
Submetido e aprovado à CIT e ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde (Resolução n. 367, de 14 de fevereiro de 2007), o PDVISA foi publicado como Portaria GM/MS n. 1.052, de 8 de maio de 2007.

O mais importante é que, enquanto se desenvolvia o PDVISA, no âmbito mais geral da gestão se estava processando a revisão normativa do SUS, que culminou no Pacto 2006 e na retomada de alguns instrumentos de planejamento, de avaliação e o relatório de gestão, no bojo do PlanejaSUS. Disso tudo resultou que os planos de ação da vigilância sanitária tivessem consonância com o que se discutia naquele momento, que eles se articulassem com os instrumentos mais gerais de planejamento governamental instituídos mediante a Constituição Federal de 1988 e que a Agência pudesse apoiar estados e municípios na elaboração desses planos de ação.

Para isso, desenvolveram-se instrumentos que foram publicados no site da Anvisa e se garantiu o cumprimento do estabelecido na Programação de Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde (PAP VS) de 2007. A meta era 100% dos estados com planos de ação e 30% do total de municípios.

Desde o Pacto de Gestão, dois incentivos foram acrescentados ao componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde, utilizando o volume de recursos não repassados aos municípios: um destinado ao componente dos Lacen que realiza análises de interesse da vigilância sanitária (Portaria n. 3.202, de 18 de dezembro de 2007), e o incentivo para gestão de pessoas (Portaria n. 3.080, de 23 de dezembro de 2008).

A nova sistemática incluiu um “elenco norteador das ações de vigilância”, que é uma relação de ações classificadas em estruturantes (que visam à organização e estruturação dos serviços municipais) e estratégicas (que objetivam o controle e gerenciamento dos riscos sanitários), tal como consta no Quadro 1 a seguir, que não substitui o conteúdo respectivo publicado no Anexo IV da Portaria n. 1.998, de 21 de agosto de 2007.



Quadro 1 – Elenco norteador das ações de vigilância sanitária

Grupo I: Ações para estruturação e fortalecimento da gestão	
Área de estruturação	Parâmetros
1. Estrutura legal	Profissional ou equipe de VISA investida na função por ato legal.
	Instrumento legal de criação da VISA, com definição de atribuições e competências.
	Inclusão na estrutura organizacional da respectiva Secretaria de Saúde.
	Código Sanitário ou instrumento que viabilize a utilização de legislação estadual e/ou federal.
2. Estrutura física e recursos materiais	Espaço físico para o desenvolvimento das atividades.
	Canais de comunicação: telefone/fax/internet.
	Equipamentos específicos para fiscalização, impressos (termos legais).
3. Estrutura administrativa e operacional	Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária.
	Sistema de informação.
	Normas para padronização de procedimentos administrativos e fiscais.
4. Gestão de pessoas	Profissional ou equipe de VISA em número adequado ao desenvolvimento das atividades.
	Plano de capacitação.
Grupo II: Ações estratégicas para gerenciamento do risco sanitário	
Área de intervenção	Procedimentos
1. Produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde	Inspeção sanitária.
	Coleta de amostra para análise.
	Notificação.
	Investigação.
	Atividade educativa para profissionais do setor regulado.
2. Educação e comunicação em saúde para a sociedade	Elaboração de materiais educativos.
	Divulgação de alerta sanitário.
	Atendimento à denúncia/reclamação.
3. Ações integrais de saúde	Ações de notificação, investigação e inspeção conjuntas com a Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Saúde do Trabalhador e Assistência.
	Participação nos processos de educação destinados às equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde.
4. Ações intersetoriais	Ações de intervenção no risco sanitário em parceria com Agricultura, Saneamento, Educação, Meio Ambiente, Ciência e Tecnologia etc.
5. Ações laboratoriais	Fomentar estrutura laboratorial para ações de monitoramento de produtos.

Fonte: Portaria n. 1.998, de 21/08/2007 (BRASIL, 2007c, Anexo IV).

O rateio dos recursos federais se dá com base em dois componentes, denominados “piso estruturante e piso estratégico”, cuja contrapartida é a realização de alguma ação do elenco norteador, conforme já especificado. De fato, são dois valores *per capita* diferentes, unificados nacionalmente.

Para o piso estruturante, parte-se da avaliação segundo a qual o serviço estadual de vigilância sanitária está estruturado. Então, só os municípios o recebem, no valor de R\$ 0,36 por habitante por ano, exceto para municípios com até 20 mil habitantes (aproximadamente 75% do total de municípios existentes), que recebem R\$ 7.200,00 por ano. O piso estratégico corresponde a um valor *per capita* de R\$ 0,21 por habitante/ano e pode ser destinado a estados e municípios.

Em resumo, as regras estabelecidas para os repasses federais no processo de descentralização das ações de vigilância sanitária variaram bastante ao longo do período, mas permaneceram sem alterações em relação à não-exigência de certificação pela esfera de governo mais abrangente e por ser utilizado para o cálculo dos montantes apenas um único valor *per capita* para todo o país.

Algumas ações da vigilância sanitária podem gerar recursos fiscais pela fixação de taxas públicas ou pela cobrança de multas, em função de seu caráter de ação típica de Estado. Mas ela não deve ser vista como autossustentável financeiramente, pois isso gera um desvio potencialmente grave de sua finalidade de proteger a saúde. Por outro lado, a cobrança de taxa tem legitimidade, pois não cabe à sociedade em geral financiar a montagem de uma empresa ou zelar pelos seus interesses.

A imposição de taxas é uma prerrogativa do poder público, mas a taxa é captada contraprestação. Isso significa que ela é um valor recolhido previamente em função de uma ação a ser efetivamente realizada pelo Estado. Taxar não implica que a resposta final seja positiva para quem demanda (ou seja, a concessão de um registro, de uma licença sanitária é demandada e a taxa é cobrada. Se a licença será concedida ou não dependerá do resultado da avaliação realizada).

PARA PESQUISAR

Em seu município já foi assinado o Termo de Compromisso de Gestão (TCG) e elaborado o plano de ação da vigilância sanitária?

1. Se a resposta é positiva, responda:

- Qual o conteúdo desse plano de ação (indicadores e metas)?
- Houve alteração do montante repassado pela esfera federal ao seu município após o Pacto de Gestão?

2. Se a resposta é negativa, procure saber as razões e comente.

Discuta essas questões com os membros da sua equipe e no fórum.

O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA)

Serão utilizadas por vezes neste texto as denominações Vigilância em Saúde Ambiental ou Vigilância Ambiental em Saúde para designar o sistema nacional em construção (SINVSA, Sinvas) e as práticas que ele abriga. No âmbito federal, a instância responsável é a SVS/MS, que tem na sua estrutura a respectiva coordenação (CGVAM).

O surgimento do campo “ambiente e saúde”

O início da construção sistêmica da vigilância ambiental em saúde foi introduzido no Módulo 7, “As vigilâncias do campo da saúde, o risco como conceito fundamental e a caracterização dos seus processos de trabalho”, tendo a Rio-92 como marco inicial.

A preocupação com o meio ambiente expandiu-se mundialmente, sobretudo após a Conferência das Nações Unidas sobre o Ambiente Humano, realizada em 1972, em Estocolmo, depois da qual alguns países passaram a considerar o ambiente como um dos direitos humanos fundamentais (FREITAS, 2005). No Brasil, a Política Nacional de Meio Ambiente, promulgada na Lei n. 6.938, de 31 de agosto de 1981, tem como objetivo:

a preservação, melhoria e recuperação da qualidade ambiental propícia à vida, visando assegurar, no País, condições ao desenvolvimento socioeconômico, aos interesses da segurança nacional e à proteção da dignidade da vida humana [...] (BRASIL, 1981).

PRINCÍPIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE MEIO AMBIENTE

- Ação governamental na manutenção do equilíbrio ecológico, considerado o meio ambiente como um patrimônio público.
- Racionalização do uso do solo, do subsolo, da água e do ar.
- Planejamento e fiscalização do uso dos recursos ambientais.
- Proteção dos ecossistemas.
- Controle e zoneamento de atividades potencial ou efetivamente poluidoras.
- Incentivos ao estudo e à pesquisa de tecnologias orientadas para o uso racional e a proteção dos recursos ambientais.
- Acompanhamento do estado da qualidade ambiental.
- Recuperação de áreas degradadas.
- Proteção de áreas ameaçadas de degradação.
- Educação ambiental em todos os níveis do ensino, inclusive a educação da comunidade, objetivando capacitá-la para a participação ativa na defesa do meio ambiente.

É fácil perceber que esta é uma área intersetorial, envolvendo, no Brasil, vários ministérios (Saúde, Meio Ambiente, Trabalho e Emprego, Educação, Cidades, Ciência e Tecnologia, Cultura), com atribuições ainda não muito bem delimitadas entre eles.

A Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada em 1992, no Rio de Janeiro, foi o momento em que o tema “ambiente” passou a ser inserido numa agenda global. A Agenda 21 pretendeu ser um plano para o meio ambiente e o desenvolvimento no século XXI, buscando-se implementar uma estratégia para o desenvolvimento sustentável (FREITAS, 2005).

No Brasil, em 2001, foi constituído o Grupo de Trabalho para Assuntos Internacionais em Saúde e Ambiente, que visava a discutir o tema “saúde e meio ambiente” no âmbito do direito internacional, e assim, por meio dele, o Ministério da Saúde vem participando da avaliação e implementação da Agenda 21. Outros fóruns também se instituíram, como a Comissão Permanente de Saúde Ambiental (Copesa), que possibilitou a construção da Política de Saúde Ambiental no Ministério da Saúde, e a Comissão Coordenadora do Plano de Ação para a Segurança Química (Copasq) (FRANCO NETTO; CARNEIRO, 2002).

Conforme já foi dito, o conceito de **Vigilância Ambiental em Saúde** objetiva identificar mudanças no meio ambiente que possam comprometer a saúde, agindo na prevenção e controle dos fatores de risco, inclusive os desastres. Assim como as demais vigilâncias, é parte integrante do campo da Promoção da Saúde e caracteriza-se pela necessidade de articulação intrasetorial, especialmente com as demais vigilâncias, com os laboratórios de saúde pública, com o sistema de informação em saúde, com a engenharia de saúde pública e com a saúde indígena, dentre outros.

Além da articulação intrasetorial, a integração intersetorial vem sendo construída com a participação em fóruns intersetoriais como o Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama), o Conselho Nacional de Recursos Hídricos (CNRH), o Conselho Nacional de Defesa Civil (Cedec) e o Comitê Executivo Interministerial para a Proteção da Camada de Ozônio (Prozon) (FRANCO NETTO; CARNEIRO, 2002).

As endemias, doenças predominantemente rurais, estiveram no centro da agenda da saúde pública brasileira por quase um século. Seu deslocamento como prioridade nessa agenda seria decorrente, principalmente, do avanço da urbanização.

Até aqui foi enfatizado o componente mais recentemente introduzido no campo “ambiente e saúde”. Mas, na sua tradução organizacional e voltada para a ação, principalmente nos estados e municípios, também se incorporam ações tradicionalmente desenvolvidas pelo setor saúde de forma bastante centralizada, aquelas denominadas de controle de endemias e zoonoses.

Essas atividades também iniciam seu processo de descentralização para estados e municípios no bojo da implementação da NOB 96, mediante a Portaria n. 1.399/1999, mais tarde substituída pela Portaria n. 1.172/2004, como já foi visto. Mas, mesmo antes dessas portarias, discutia-se, no processo de descentralização, a cessão de 26.000 agentes de endemias, rede física e equipamentos da Funasa para os entes subnacionais. As coordenações regionais da Funasa eram mais bem estruturadas que os setores de epidemiologia de muitas secretarias estaduais (SILVA JÚNIOR, 2004), adicionando-se um atrativo a mais ao processo de assunção dessas responsabilidades pelos entes subnacionais, além do estabelecimento do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), depois denominado Teto Financeiro da Vigilância em Saúde.

A estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental

O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA) foi pensado tendo como objetivo geral “prevenir e controlar os fatores de

risco de doenças e de outros agravos à saúde decorrentes do ambiente e das atividades produtivas...” e tendo como objetivos específicos:

- a) produzir, integrar, processar e interpretar informações, visando disponibilizar ao SUS instrumentos para o planejamento e execução de ações relativas às atividades de promoção da saúde e de prevenção e controle de doenças relacionadas ao meio ambiente;
- b) estabelecer os principais parâmetros, atribuições, procedimentos e ações relacionadas à vigilância ambiental em saúde nos diversos níveis de competência;
- c) identificar os riscos e divulgar, para o SUS e para a sociedade, as informações referentes aos fatores ambientais condicionantes e determinantes das doenças e outros agravos à saúde;
- d) intervir com ações de responsabilidade do setor saúde ou demandando para outros setores, visando eliminar os principais fatores ambientais de riscos à saúde humana;
- e) promover, junto aos órgãos afins, ações de proteção da saúde humana relacionadas ao controle e recuperação do meio ambiente; e
- f) conhecer e estimular a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento, visando o fortalecimento da participação da população na promoção da saúde e qualidade de vida (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2003, p.12).

No âmbito do Ministério da Saúde, diversos órgãos e instituições realizam ações relacionadas ao meio ambiente. A SVS, pela Coordenação Geral de Vigilância Ambiental (CGVAM), tem a responsabilidade de implementar e coordenar o SINVSA.

Outros órgãos são importantes, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Assessoria de Assuntos Internacionais (AISA) do Ministério da Saúde. A articulação com outros setores é igualmente importante para a sua operacionalização. Na esfera federal, pode-se citar o Ministério do Meio Ambiente, o Ministério da Agricultura, o Ministério do Trabalho, o Ministério das Relações Exteriores, o Ministério da Educação e o Ministério do Planejamento.

No âmbito do SUS, a responsabilidade pelos programas de vigilância ambiental é exercida, no nível federal, pela Coordenação Geral de Vigilância Ambiental (CGVAM), criada no âmbito da Funasa em 1999, a quem cabe desenvolver, na sua área de competência, o Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (SINVAS).

Muitas vezes há uma repartição das atividades de controle de fatores biológicos e não-biológicos. Por exemplo, em 2003, na pactuação, no estado da Bahia, das ações da Vigilância Ambiental em Saúde (VAS), as ações referentes aos fatores não-biológicos ficaram a cargo da Vigilância Sanitária; as ações destinadas aos fatores biológicos ficaram com a Divisão de Vigilância Epidemiológica.

Em alguns estados, houve a criação de departamentos e programas de vigilância ambiental, e as configurações institucionais são diferenciadas em cada nível de governo e no mesmo nível de governo, variando de uma localidade a outra. Isso significa que não se instituiu no estado ou município um formato de organização institucional para essa atividade. Assim, nas secretarias estaduais e municipais de saúde a vigilância ambiental em saúde tanto pode ser encontrada como um serviço isolado quanto nas mais diversas combinações com as demais vigilâncias (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006). Mas, na esfera municipal, as ações relacionadas ao controle de vetores e reservatórios foram – e se pode dizer que ainda são – executadas pelos serviços locais de vigilância sanitária.

A incorporação do controle dos fatores não-biológicos aos serviços da esfera municipal e estadual é complexa e, de fato, ainda incipiente. Há mandamentos constitucionais que incluem no campo do SUS a colaboração na proteção ao meio ambiente e algumas ações bem concretas de fiscalização e inspeção de águas para consumo humano; participação no controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos. Algumas dessas ações têm sido exercidas pela vigilância sanitária, mas a complexidade da questão ambiental decorre em grande parte de ela ser uma área de interface entre diversas disciplinas e setores, além de a responsabilidade principal em relação ao ambiente ser desenvolvida fora do setor saúde.

A Instrução Normativa n. 1, de 7 de março de 2005, definiu o SINVSA e instituiu a SVS/MS como gestora nacional desse subsistema, que compreende

o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e entidades públicos e privados, relativos à vigilância em saúde ambiental, visando ao conhecimento e à detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde, em especial: I. água para consumo humano; II. ar; III. solo; IV. contaminantes ambientais e substâncias químicas; V. desastres naturais; VI. acidentes com produtos perigosos; VII. fatores físicos; e VIII. ambiente de trabalho... (BRASIL, 2005, art. 1º).

Cabe ainda ao SINVSA elaborar indicadores e sistemas de informação de vigilância em saúde ambiental para análise e monitoramento, como o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Siságua) e o Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado (Sissolo); promover intercâmbio de experiências e estudos, ações educativas e orientações, e democratizar o conhecimento na área. No módulo anterior, foi abordado brevemente o Painel de Indicadores, que ainda é relativamente pouco conhecido.

Além do enumerado na Instrução Normativa citada, alguns autores comentam que a atuação do SINVSA não se restringe aos fatores não-biológicos, mas que age igualmente sobre fatores biológicos, representados por vetores, hospedeiros, reservatórios e animais peçonhentos (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006); essa divisão operacional entre fatores biológicos e não-biológicos não representa uma dissociação com a vigilância epidemiológica (FRANCO NETTO; CARNEIRO, 2002). Ao contrário, o parágrafo único, art. 1º, Instrução Normativa n. 1, de 7 de março de 2005, afirma que:

Os procedimentos de vigilância epidemiológica das doenças e agravos à saúde humana associados a contaminantes ambientais, especialmente os relacionados com a exposição a agrotóxicos, amianto, mercúrio, benzeno e chumbo, serão de responsabilidade da Coordenação Geral de Vigilância Ambiental em Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005c, grifos nossos).

Ações de vigilância ambiental em saúde também têm sido introduzidas nas pactuações de forma a contribuir para a estruturação do SINVSA. Por exemplo, a PPI/VS de 2006 enfatizou o cadastramento de áreas com populações expostas a solo contaminado por substâncias químicas em municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes; e a realização de Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiágua) em municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes. O mapeamento das áreas de solo contaminado não pretendeu ser extensivo e, sim, servir de oportunidade para o desenvolvimento da capacidade de identificação dessas áreas.

Pode-se dizer que, dentre as atribuições relacionadas à vigilância ambiental, a que apresenta desenvolvimento relativamente maior na implementação do monitoramento é a “Vigilância Ambiental em Saúde

A justificativa para essa prioridade em relação aos municípios maiores pode ser explicada pelo fato de serem eles os que têm áreas industriais e depósitos irregulares de resíduos químicos em suas periferias. Por isso, suas populações estariam mais expostas a substâncias químicas manipuladas nos processos industriais e dispostas de forma irregular no ambiente.

relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano” (Vigiágua). Ressalte-se que, na maior parte dos municípios, a coleta de amostras é realizada pelos serviços de vigilância sanitária.

Em 2003, 78% dos estados e o Distrito Federal alimentavam o Sistema de Informação de Vigilância e Controle da Qualidade da Água de Consumo Humano (Siságua), mas apenas 19% dos estados avaliavam de forma sistemática as informações com vistas à redução da morbimortalidade por doenças de veiculação hídrica (FREITAS; FREITAS, 2005).

As portarias do Ministério da Saúde n. 1.399, de 15 de dezembro de 1999, e n. 950, de 23 de dezembro de 1999, também definiram para a vigilância ambiental em saúde, respectivamente, as responsabilidades das três esferas e a forma de financiamento das ações, por meio do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) e da Programação Pactuada e Integrada da Epidemiologia (PPI/ECD), atualmente PAVS, como visto anteriormente no tópico do SNVE.

Assim, como o conceito ainda se encontra em construção (FRANCO NETTO; CARNEIRO, 2002), pode-se dizer que o SINVSA ainda se encontra em estruturação. Silva Júnior (2004) aponta que até 2002 não houve, efetivamente, a realização de qualquer atividade de vigilância ambiental em saúde passível de ser aferida por indicadores e, sim, o início do processo de estruturação dessa área, com um trabalho centrado em atividades normativas e de capacitação de recursos humanos.

Barcellos e Quitério (2006) consideram que o SINVSA “ainda não dispõe de informações ou instrumentos técnicos para sua operacionalização [...]” e apontam como dificuldades para a efetivação do SINVSA a necessidade de reestruturação das ações nos âmbitos estadual e municipal, a formação de equipe multidisciplinar capaz de integrar-se a outros setores sociais e a inexistência de sistemas de informação para a tomada de decisões.

Para refletir

Refleta sobre o processo de construção do SINVSA; como está estruturada a vigilância em saúde ambiental no seu município; e que ações têm sido implementadas.

O “Sistema” de Vigilância em Saúde do Trabalhador

O termo **sistema** encontra-se entre aspas porque, dentre as vigilância(S) em saúde, a que se ocupa da saúde do trabalhador se assemelha pouco a um sistema ou talvez – até o momento, pelo menos – se conforme na atualidade como um “não-sistema”.

O caminho e o desenho organizacional que tomarão forma com a incorporação da gestão e da coordenação das ações relativas à Saúde do Trabalhador, na esfera federal, à Coordenação-Geral de Vigilância Ambiental (Portaria GM/MS n. 1.956, de 14 de agosto de 2007), ainda não estão bem definidos. Ressalte-se que a Instrução Normativa n. 1, de 7 de março de 2005, que regulamenta a Portaria MS/GM n. 1.172/2004, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental, já definia os ambientes de trabalho entre os componentes sob responsabilidade da CGVAM, ao lado da água, solo, ar, os contaminantes ambientais, desastres naturais e acidentes com produtos perigosos.

O surgimento do campo da “saúde do trabalhador”

A construção do campo da saúde do trabalhador é traçada de maneira precisa, e analiticamente rica, por Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997). Esses autores destacam o advento da Revolução Industrial e a emergência da Medicina de Fábrica, a partir do *Factory Act*, de 1833, na Inglaterra. Essa Medicina de Fábrica, em que o médico no interior das unidades representava, ao mesmo tempo, a tentativa de detectar processos danosos à saúde e uma ajuda ao empresário para recuperar o trabalhador, visando reintegrá-lo à linha de produção, seria o embrião da Medicina do Trabalho.

Orientada pela teoria da unicausalidade, a Medicina do Trabalho tende a isolar riscos específicos e atuar sobre suas consequências em função de sintomas e sinais ou associando-os a uma doença legalmente reconhecida. Mas frequentemente as doenças originadas no trabalho só são percebidas em estágios avançados, e isso é potencializado ou intensificado pela rotatividade da mão de obra no contexto da terceirização.

Assim,

a passagem por processos produtivos diversos pode mascarar nexos causais e diluir a possibilidade de estabelecê-los, exce- tuando-se os mais evidentes e considerada a hipótese remota de exames admissionais que levem em conta a história laboral pregressa (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Esses autores afirmam que, incorporando a teoria da multicausalidade, “na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produ- ção da doença, avaliada por meio da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito [...]”, a saúde ocupacional avança numa proposta interdisciplinar, com base na higiene industrial, e relaciona ambiente de trabalho e o corpo do trabalhador.

Mas, dizem os autores,

se os agentes/riscos são assumidos descontextualizados das ra- zões que se situam em sua origem, repetem-se, na prática, as limitações da Medicina do Trabalho. As medidas que deve- riam assegurar a saúde do trabalhador, em seu sentido mais amplo, acabam por restringir-se a intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes [...] (MINAYO-GOMEZ e THEDIM- COSTA, 1997).

Mesmo com a ênfase no uso de equipamentos de proteção individual, em detrimento dos de proteção coletiva, e a normalização de formas “seguras” de trabalhar (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997), torna-se possível atribuir ao trabalhador certo grau de responsabili- dade pelos acidentes e pelas doenças que o acometem.

O movimento da Saúde do Trabalhador é visto, no Brasil, como a con- figuração de “um novo paradigma que, com a incorporação de alguns referenciais das ciências sociais – particularmente do pensamento mar- xista –, amplia a visão da medicina do trabalho e da saúde ocupacional [...]” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). Esse movimento, que considera o trabalhador como agente de mudanças, com saberes e vivências acumuladas, individual e coletivamente, sobre seu próprio trabalho (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002), surge sob a influência:

- a) da Medicina Social latino-americana dos anos 1960 e início dos anos 1970, que ampliou o quadro interpretativo do processo saúde- doença, inclusive em sua articulação com o trabalho; e
- b) da experiência italiana com a reforma sanitária daquele país e do Movimento Operário Italiano.

Esse movimento floresceu na mobilização de setores da sociedade que lutavam pela democratização do país e pelo direito de livre organização sindical, na reflexão crítica sobre a limitação dos modelos vigentes de atenção à saúde, nos setores sindicais em situação sanitária problemática e na ação interinstitucional de diversos atores informados por uma perspectiva comum.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, define que,

Do conceito amplo de saúde e da noção desse direito como conquista social, emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir: trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho [...] (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, item 5).

Como desdobramento dessa conferência, em dezembro de 1986 realiza-se a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), na qual, de maneira mais enfática, aparece em pauta a inserção da Saúde do Trabalhador como prática a ser desenvolvida no setor saúde (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002).

A Constituição Federal de 1988 e a Lei n. 8.080/90 confirmam a Saúde do Trabalhador como competência do SUS, embora de forma não exclusiva. A área de “exclusividade do SUS” diz respeito apenas à assistência, mas não às atividades relacionadas à fiscalização dos ambientes de trabalho. E é relativamente a essa fiscalização que ocorrem as disputas de poder com Delegacias Regionais do Trabalho e com os auditores fiscais, como as apontadas, por exemplo, por Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) e Machado (2005).

Além da literatura, os conflitos podem ser inferidos pela falta de continuidade do funcionamento do [Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador \(Geisat\)](#). Sobre o funcionamento desse fórum permanente, que era previsto para se realizar mensalmente, registra-se que:

- Pela Portaria MS/MTE n. 18, de 09 de novembro de 1993, ele foi instituído e passou a funcionar regularmente em 1994;
- Pela Recomendação n. 15, de 09 de maio de 1996, o Conselho Nacional de Saúde solicita gestões para a reativação do Geisat, e nessa recomendação consta que ele não teria funcionado no ano anterior (1995);

[Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador \(Geisat\)](#) é um fórum permanente, instituído em 1993, composto por representantes dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência e Assistência Social. Seus objetivos são: definir estratégias de trabalho integrado para a redução da morbimortalidade relacionada ao trabalho e promover a melhoria das condições de saúde e segurança do trabalhador. Com a Portaria Interministerial MS/MTE/MPAS n. 1.570, de 29 de agosto de 2002, recomenda-se que, no âmbito das unidades federadas, sejam constituídas instâncias à semelhança do Geisat.

- Pela Portaria Interministerial MT/MS/MPAS n. 7, de 25 de julho de 1997, que revoga a portaria de 1993, é (re)instituído o Geisat;
- Na Portaria Interministerial n. 153, de 13 de fevereiro de 2004, destaca-se o objetivo do grupo por ela instituído de reavaliar o papel, a composição e a duração do Geisat;
- Mediante a Recomendação n. 16, de 13 de março de 2008, do Conselho Nacional de Saúde, pede-se novamente a sua reativação.

Sobre os avanços decorrentes do esforço de articulação intersetorial, no âmbito do Geisat, podem-se registrar: a elaboração da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) e a preparação para a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada entre 24 e 27 de novembro de 2005, bem como a Convocatória Interministerial dessa mesma Conferência.

Vale registrar que a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador teve suas diretrizes publicadas na Portaria 1.125/GM, de 06 de julho de 2005. Todavia, essa Portaria foi suspensa por um mês quando o Ministro Saraiva Felipe assumiu, e revogada totalmente no final de 2005. Um fato digno de nota é que tem constado a recomendação ao Ministério da Saúde para a republicação dessa Portaria.

A Constituição Federal estabelece que compete à União organizar, manter e executar a inspeção do trabalho (BRASIL, 2000, inciso XXIV, Art. 21).

Além do setor saúde, no nível nacional a saúde do trabalhador encontra-se também, pela Constituição de 1988, como atribuição do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) no que diz respeito à inspeção do trabalho, que é realizada com base nos dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), nas normas regulamentadoras (NR), nas convenções internacionais ratificadas pelo Brasil e nas cláusulas dos contratos coletivos de trabalho (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; SILVA; BARRETO JÚNIOR; SANT'ANA, 2003).

Além do MTE, também os Ministérios da Previdência Social (MPAS) e do Meio Ambiente (MMA) e a Promotoria Pública têm responsabilidades, cabendo:

- à **Previdência Social**, o pagamento dos benefícios enquanto perdure a incapacidade decorrente de acidente do trabalho; os procedi-

mentos de reabilitação profissional e reinserção no mercado; a coleta, consolidação e divulgação de dados sobre ocorrência de acidentes de trabalho.

- ao **Ministério Público**, a assistência jurídica às vítimas de acidentes e doenças do trabalho e/ou a seus dependentes; a fiscalização e o acompanhamento de denúncias de descumprimentos das Normas de Segurança e Medicina do Trabalho; a impetração de ações de reparação de dano.

- ao **Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (Geisat)**, a compatibilização e integração das políticas e práticas de intervenção desenvolvidas pelo Estado (SILVA; BARRETO JÚNIOR; SANT'ANA, 2003).

O desenvolvimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS

Lacaz, Machado e Porto (2002) apontam três momentos diferenciados na inserção da atenção à saúde do trabalhador no SUS:

1. **de 1978 a 1986:** “efervescência de ideias e pressupostos que conformam o campo de práticas e saberes da Saúde do Trabalhador, que inclui a atenção à saúde dos trabalhadores, enquanto uma prática de saúde diferenciada”. Destacam-se nessa conjuntura: o ressurgimento do movimento sindical; a criação dos Programas de Saúde dos Trabalhadores, datada de 1984, inicialmente em São Paulo, depois em Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia e Rio Grande do Sul, após a posse dos governadores eleitos de forma direta, em 1982; realização da 8ª CNS e da 1ª CNST;

2. **de 1987 a 1990:** “institucionalização das ações de Saúde do Trabalhador na rede básica de serviços de saúde, através das conquistas no âmbito legal e dos avanços ao nível institucional [...]”. Os autores frisam que “...a prática acumulada nos Programas de Saúde dos Trabalhadores (PST) no início dos anos 1980 garantiria a inscrição da Saúde do Trabalhador como atribuição do SUS...”;

3. **de 1991 e 2001:** esta fase, marcada por “disputas corporativas e pela ausência de mecanismos claros e efetivos de financiamento para as ações do SUS [...]”, apresentou um “duplo movimento de natureza contraditória [...]”. Por um lado, ampliaram-se os marcos legais e a saúde do trabalhador “adquiriu *status* de instrumento operacional, contribuindo para uma maior institucionalização do campo”. Realizou-se, em 1996, a 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, e são emitidas a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde

do Trabalhador (Portaria n. 3.120, de 01 de julho de 1998) e a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – NOST/SUS (Portaria n. 3.908, de 30 de outubro de 1998).

Lacaz (2005) destaca que a proposta dos PST é originária do setor saúde e rompe com mais de 50 anos de monopólio do setor trabalho – no que concerne à normatização e fiscalização por meio das Delegacias Regionais do Trabalho – e das empresas, no que concerne à assistência aos trabalhadores, por meio dos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (Sesmet). O autor afirma ainda que, na sua implementação, os PST criaram “uma gama de instrumentos operacionais e jurídicos legais para viabilizar sua atuação, sempre buscando importante interlocução com os setores do Trabalho e da Previdência Social” (LACAZ, 2005).

A partir de meados dos anos 1990, no âmbito institucional, ocorreram a “generalização de experiências estaduais no âmbito do SUS, iniciadas na década anterior, e um processo de municipalização das ações de saúde do trabalhador” (MACHADO, 2005). Isso resultou na significativa ampliação do número de programas, centros regionais, núcleos e coordenações de saúde do trabalhador e na realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Um estudo referente ao estado de São Paulo, entretanto, aponta decréscimo no percentual de municípios que realizam ações de saúde do trabalhador após a segunda metade da década de 1990, segundo Pesquisa Municipal Unificada realizada pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade) (SILVA; BARRETO JÚNIOR; SANT’ANA, 2003).

Vinculada à Secretaria de Economia e Planejamento do Governo do Estado de São Paulo, a Fundação Seade é um centro de referência nacional no desenvolvimento, produção e disseminação de pesquisas, análises e estatísticas socioeconômicas e demográficas.

Dentre as ações levantadas no estudo do Seade estão: vistoria e fiscalização de ambientes de trabalho, intervenção preventiva em ambientes de trabalho; oferta de atendimento especializado em saúde do trabalhador; oferta de reabilitação física a acidentados do trabalho; ações educativas de prevenção de riscos e doenças.

Esses autores referem que duas variáveis – tamanho da população e habilitação na modalidade gestão plena do sistema pela NOB 96 – interferiram positivamente na realização de ações de saúde do trabalhador pelas prefeituras, o que tem similaridade com a pesquisa realizada por Carvalho et al. (2005) a respeito da implementação da vigilância epidemiológica em municípios de Pernambuco.

A vigilância em saúde do trabalhador apresenta, de um lado, diversidade e riqueza de experiências locais. De outro, há heterogeneidade dessas mesmas experiências e certo grau de instabilidade política e institucional em sua implementação e manutenção. Machado (1997) considera que as diferenças refletem as potencialidades regionais no que diz respeito à força e à qualidade da organização dos trabalhadores quanto às questões de saúde e, em termos institucionais, das políticas regionais e da estrutura organizacional, da capacidade instalada, da qualidade dos profissionais envolvidos e de influências advindas das instituições acadêmicas.

Lacaz, Machado e Porto (2002) consideram ser sua prática fugaz e regionalizada. Concentra-se em poucos estados da Federação, especialmente nas regiões Sudeste e Sul, com destaque para o estado de São Paulo, pela influência do movimento sindical e de sanitaristas da Secretaria de Estado de Saúde. Fora do eixo Sudeste-Sul, apenas a Bahia se destaca, segundo esses autores, devido ao papel estruturante exercido pelo Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (Cesat).

Mas essa fragilidade não se restringe à esfera municipal. Na esfera federal, a Saúde do Trabalhador teve inserções diversas, antes de sua ida para a SVS/MS. Ela se constituía como uma área técnica que integrava o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dape), da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS). Ao Dape competia articular, além da Saúde do Trabalhador, os programas de Saúde Mental, da Mulher, do Jovem e Adolescente, da Criança, do Idoso, do Penitenciário, dos Portadores de Deficiência e de Trauma e Violência, orientando estados, municípios e Distrito Federal na sua execução. Desde sua mudança para a SVS/MS, espera-se uma progressiva reversão dessa fragilidade.

Dias e Hoefel (2005) sintetizam o que, pelo menos até o passado recente, aconteceu com a Saúde do Trabalhador como um todo no setor saúde:

a Saúde do Trabalhador também foi formalmente incorporada no organograma e práticas do Ministério da Saúde (MS) e nos níveis estaduais e municipais do SUS. Entretanto, desde o início, a compartimentalização das estruturas vem dificultando a implementação de uma atenção integral e integrada aos trabalhadores. Ao longo desses 15 anos, a Saúde do Trabalhador tem sido colocada ora no âmbito da estrutura da Vigilância, ora na Assistência ou em outras instâncias administrativas do SUS, dependendo do formato institucional vigente [...]

Para refletir

Seu município realiza ações de vigilância em Saúde do Trabalhador? Em que instâncias do SUS a Saúde do Trabalhador (assistência e vigilância) já esteve alocada em seu município? E sua atual inserção tem viabilizado a atenção integral e integrada aos trabalhadores? Por quê?

Assistência à saúde do trabalhador à parte, a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS (Portaria GM n. 3.120, de 1º de julho de 1998) pretendeu fornecer subsídios para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS. Ela é apresentada como uma primeira aproximação normativa aos Programas Estaduais e Municipais de Saúde do Trabalhador e a outras estruturas das secretarias estaduais e municipais de saúde, especialmente as de vigilância epidemiológica e sanitária. Nessa Instrução Normativa, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) é definida como

uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los e controlá-los [...] (BRASIL, 1998).

Mas, mesmo antes de sua ida para a SVS, a Vigilância em Saúde do Trabalhador não constituía uma área desvinculada das demais vigilâncias, mas, ao contrário, buscava acrescentar estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando os diversos objetos comuns às práticas sanitárias daqueles oriundos da relação entre o trabalho e a saúde. Assim, uma das estratégias propostas foi promover e/ou aprofundar a relação institucional com as demais vigilâncias na constituição de equipes multiprofissionais para a execução de ações interdisciplinares e pluri-institucionais. É certo que isso se dava de modo mais tranquilo ou com maiores dificuldades, dependendo das conjunturas locais, ou, em uma mesma localidade, podia variar ao longo do tempo.

A Portaria n. 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998, conhecida como Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador (Nost/SUS), complementar à NOB/SUS 1/96, buscou orientar e instrumentalizar a realização das ações de saúde do trabalhador no âmbito de estados e

municípios. Definiu as responsabilidades dos municípios em cada uma das duas condições de gestão (Plena de Atenção Básica e Plena do Sistema) definidas pela NOB 01/96.

Silva, Barreto Júnior; Sant'Ana (2003) assim sintetizam os pressupostos básicos da Nost/SUS:

universalidade das ações, independentemente de vínculos empregatícios formais no mercado de trabalho; integralidade das ações, compreendendo assistência, recuperação de agravos e prevenção por meio de intervenções nos processos de trabalho; direito à informação e controle social, com a incorporação dos trabalhadores e seus representantes em todas as etapas da vigilância à saúde; e regionalização e hierarquização, através da execução das ações de saúde do trabalhador em todos os níveis da rede de serviços, organizados num sistema de referência e contrarreferência, local e regional [...]

Pela Portaria n. 1.679, de 19 de setembro de 2002, criou-se a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), com atribuição prioritária de regulamentar a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST). O pressuposto é de um modelo de atenção integrado, que considere todo o processo saúde-doença do trabalho, no âmbito da promoção, da assistência e da vigilância, e que articule todos os dispositivos, equipamentos e serviços do SUS, numa rede de abrangência nacional, com conexões organizadas nos diferentes níveis de gestão, com produção de informação e a implantação de Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (Crest) (SILVEIRA; RIBEIRO; LINO, 2005). Essa rede foi ampliada posteriormente, mediante outras normas, como a Portaria n. 2.437/GM, de 7 dezembro de 2005. Um ponto nessa portaria é que o Cerest regional deve dispor de delegação formal da vigilância sanitária nos casos em que a saúde do trabalhador não estiver na estrutura da vigilância em saúde ou da vigilância sanitária. Evidencia-se, assim, o esforço de articulação intrassetorial da saúde do trabalhador.

Os Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (Crest) passaram a ter a sigla Cerest. Eles realizam ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, e fazem parte da Renast. Essa, por sua vez, é uma das estratégias de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Dias e Hoefel (2005) consideram que os princípios e diretrizes que norteiam a Renast e a PNST podem ser assim resumidos:

I) atenção integral à Saúde dos Trabalhadores; II) articulações intra e intersetoriais; III) informações em Saúde do Trabalhador; IV) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; V) capacitação permanente em Saúde do Trabalhador e VI) participação da comunidade na gestão das ações em Saúde do Trabalhador [...].

A responsabilidade pelo financiamento das ações e dos serviços é das três esferas de governo; os repasses federais não devem ser os únicos a ser empregados: a Renast conta com repasses de recursos federais para o financiamento de suas ações, de acordo com a operacionalização de um Plano de Trabalho de Saúde do Trabalhador em estados e municípios, e a sua implementação vem sendo a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST).

Dias e Hoefel (2005) consideram a Renast, conceitualmente, uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde no SUS, na perspectiva da Saúde do Trabalhador. Nela, os centros de referência passam a ter papel de destaque e a pactuar as ações em seu território. Dentre as ações da Renast, encontram-se as de:

- prover suporte técnico às ações de assistência e vigilância da saúde do trabalhador;
- recolher, sistematizar e difundir informações de modo a viabilizar as ações de vigilância;
- facilitar os processos de capacitação e educação permanente para os profissionais de saúde e para o controle social.

Pode-se dizer que na vigilância em saúde do trabalhador tem ocorrido, como nas demais vigilâncias, um avanço no que diz respeito à produção de conhecimento e no desenho de propostas metodológicas de intervenção. Entretanto, ainda é um processo inacabado, no qual a complexidade da questão produção/trabalho ainda coloca enormes desafios, dentre os quais a retaguarda laboratorial.

Dias e Hoefel (2005) relatam que, de cerca de 85 milhões de trabalhadores, apenas um terço é coberto pelo Seguro de Acidentes do Trabalho (SAT); a estimativa anual de ocorrência de agravos referentes ao trabalho é de mais de milhão de trabalhadores. Segundo as autoras, entre 1999 e 2003 a Previdência Social registrou 1.875.190 acidentes

de trabalho, 15.293 com óbitos e 72.020 com incapacidade permanente. Assim sendo, as autoras consideram que:

paradoxalmente, o SUS assume um papel social diferenciado ao se colocar, de fato, na atualidade, como a única política pública de cobertura universal para o cuidado da saúde dos trabalhadores, obrigando à busca da redefinição das práticas de saúde e à construção de um “novo modelo” de atenção [...] (DIAS; HOEFEL, 2005).

A despeito da presença, desde a concepção da vigilância em saúde do trabalhador, da perspectiva inovadora de integração, observa-se ainda uma “grande dificuldade de inserção institucional e relacionamento intrainstitucional [...]” (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002). A PNST e a Renast emergem na busca desse “novo modelo” de atenção. Entretanto, apesar dos avanços significativos no campo conceitual, que apontam um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde, substanciados sob a denominação de **Saúde do Trabalhador**, depara-se, no cotidiano, com a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional e com a fragilidade na sua estruturação e articulação intra e intersetorial. Essa fragilidade institucional pode ser agora suplantada mediante sua nova inserção na estrutura do Ministério da Saúde e na centralidade que pode vir a alcançar com essa nova inserção.

Por fim, como já se disse, para a Saúde do Trabalhador, são requeridas pactuações. E, embora aparentemente subfinanciada, ainda é muito recente que a vigilância sanitária municipal tenha transferências financeiras regulares.

ATIVIDADE FINAL DO MÓDULO 8

Recupere o caso do Césio 137. Agora suponha que você é o dirigente da vigilância sanitária e responda às questões a seguir.

1. Quais seriam as suas primeiras ações e que setores da própria Secretaria de Saúde você tentaria envolver?
2. Pensando nas atribuições de cada uma das vigilâncias, como você coordenaria o trabalho e qual a sua proposta de ação para cada uma delas?
3. Proponha ações a serem executadas diretamente ou a serem demandadas a outros setores governamentais (demandas de operação). Consolide sua resposta no formato de um plano de ação. Para subsidiar essa tarefa utilize o *Caderno de Funções Gestoras e seus Instrumentos*.

Encaminhe a atividade ao tutor mediante a ferramenta Envio de Atividades, disponível no AVA.

Referências

ALBUQUERQUE, M. I. N. de; CARVALHO, E. M. F. de; LIMA, L. P. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 2, n. 1, p. 7-14, jan./abr. 2002.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *Relatório anual de atividades*. Brasília, 2005. 210 p., il. (Série C. Projetos, programas e relatórios). Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/relatorio2005/conteudo/Relatorio_completo_MONT.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2009.

_____. *Guia de orientações para a elaboração do Plano de Ação em Vigilância Sanitária*. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/descentralizacao/guia_plano_acao.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2009.

_____. Resolução RDC n. 12, de 26 de janeiro de 2004. Aprova o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares - 4ª Edição. *Diário Oficial da União*, Brasília, 27 jan. 2004. Disponível em: <<http://www.asseio.com.br/asseio/legislacao/RDC%2012-%20Acredita%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Resolução-RE n. 921, de 29 de maio de 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 68, 3 jun. 2002. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/acreditacao/RES_921.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2009.

ARRETCHE, M. T. S. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 14, n. 40, jun. 1999.

BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 1, p. 170-7, fev. 2006.

BEZERRA, L. C. A. et al. Epidemiological surveillance at the municipal level: evaluation of the degree of implementation. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 827-839, abr. 2009.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 26/2000 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n. 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2000. 370 p.

_____. Decreto n. 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 jun. 2003a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4726.htm>. Acesso em: 31 mar. 2009.

_____. Decreto n. 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961. Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei n. 2.312, de 3 de setembro de 1954, de "Normas Gerais Sobre Defesa e Proteção da Saúde". *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 jan. 1961. Disponível em: <<http://www.lei.adv.br/49974-61.htm>>. Acesso em: 7 abr. 2009.

_____. Decreto n. 5.974, de 29 de novembro de 2006. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 30 nov. 2006a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5974.htm>. Acesso em: 31 mar. 2009.

_____. Decreto n. 79.056, de 30 de dezembro de 1976. Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 de dezembro de 1976. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=207996>>. Acesso em 07 abr. 2009.

_____. *Decreto n. 78.231, de 12 de agosto de 1976*. Regulamenta a Lei n. 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. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=123579>>. Acesso em: 7 abr. 2009.

_____. Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 jul. 1975. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L6229.htm>>. Acesso em: 7 abr. 2009.

_____. *Lei n. 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. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei6259.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2009.

_____. Lei n. 6.938, de 31 de agosto de 1981. Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2 set. 1981. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L6938.HTM>>. Acesso em: 7 abr. 2009.

_____. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 12 set. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm>. Acesso em: 7 abr. 2009.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 31 mar. 2009.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez. 1990a. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8142.htm>>. Acesso em: 7 abr. 2009.

_____. Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 27 jan. 1999c. Disponível em: <<http://www.lei.adv.br/9782-99.htm>>. Acesso em: 7 abr. 2009.

_____. *Medida Provisória n. 33, de 2002*. Dispõe sobre os Sistemas Nacionais de Epidemiologia, de Saúde Ambiental e de Saúde Indígena, cria a Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças (Apec), e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/MostrarIntegra.asp?CodTeor=28079>>. Acesso em: 7 abr. 2009.

_____. Ministério da Previdência Social. Portaria interministerial n. 153, de 13 de fevereiro de 2004. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 fev. 2004. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/saudedotrabalhador/Arquivos/Sala274.pdf>>. Acesso em: jul. 2009.

_____. Ministério da Saúde. *NOB-SUS 01/96*: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS. Brasília, 1996a. 36 p.

_____. *Portaria n. 15, de 3 de janeiro de 2002*. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_15_2002.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2009.

_____. Portaria n. 64, de 30 de maio de 2008. Estabelece a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) como instrumento de planejamento para definição de um elenco norteador das ações de vigilância em saúde que serão operacionalizadas pelas três esferas de gestão e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/svs/2008/prt0064_30_05_2008.html>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria n. 133, de 21 de janeiro de 2008. Atualiza a regulamentação dos repasses de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, destinados à execução das ações de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial da União*, Brasília, 23 jan. 2008. Disponível em: <http://www.abdir.com.br/legislacao/legislacao_abdir_23_1_08_2.doc>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria n. 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 jan. 2007b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria GM n. 538, de 17 de abril de 2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 12, 19 abr. 2001a. Disponível em: <http://74.125.47.132/search?q=cache:75RVpqhZlSkJ:sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/GM_P538_01informes.doc+Portaria+GM+n%C2%BA.+538,+de+17+de+abr+de+2001&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=BR>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria n. 950, de 23 de dezembro de 1999. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 dez. 1999a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21245>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria n. 1.052, de 8 de maio de 2007. Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 maio 2007d. Disponível em: <http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=260>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria n. 1.125, de 6 de julho de 2005. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 49, 7 jul. 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1125.htm>>. Acesso em: jul. 2009.

_____. Portaria n. 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 115, p. 58, 17 jun. 2004a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1172.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria n. 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 21, 16 dez. 1999b. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_1399_1999.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria n. 1.565, de 26 de agosto de 1994. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência, esclarece a competência das três esferas de governo e estabelece as bases para a descentralização da execução de serviços e ações de vigilância em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 abr. 1994. Disponível em: <<http://www.crfpa.org.br/legisla/Portarias/001prts05.htm>>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria n. 1.679/GM, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria n. 1.956, de 14 de agosto de 2007. Dispõe sobre a coordenação das ações relativas à saúde do trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 15 ago. 2007a. Disponível em: <[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.ago.07/iels153/U_PT-MS-GM-1956_140807.pdf](http://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.ago.07/iels153/U_PT-MS-GM-1956_140807.pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria n. 1.998, de 21 de agosto de 2007. Regulamenta o repasse de recursos financeiros destinados à execução das ações de vigilância sanitária na forma do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 46, 22 ago. 2007c. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2007/100907_portaria_1998_estados.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria n. 2.031, de 23 de setembro de 2004. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 79, 24 set. 2004c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2031.htm>>. Acesso em: jul. 2009.

_____. Portaria GM n. 2.437, de 7 dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 dez. 2005d. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm>>. Acesso em: 7 abr. 2009.

_____. Portaria 2.473/GM, de 29 de dezembro de 2003. Estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS, fixa a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2 jan. 2004b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2473_03.htm>. Acesso em: 7 abr. 2009.

_____. Portaria n. 2.606/GM, de 28 de dezembro de 2005. Classifica os Laboratórios Centrais de Saúde Pública e institui seu fator de incentivo. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 107, 29 dez. 2005a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2606.htm>>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria n. 3.080, de 23 de dezembro de 2008. Regulamenta o repasse de recursos financeiros como incentivo à execução das ações de gestão de pessoas em vigilância sanitária na forma do componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2008a. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/descentralizacao/portaria_3080_231208.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria MS/GM n. 3.120, de 19 de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 14 jul. 1998.

_____. Portaria n. 3.202, de 18 de dezembro de 2007. Regulamenta o incentivo financeiro destinado aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública – Lacen, para a execução das ações de vigilância sanitária, na forma do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19 dez. 2007e. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3202_18_12_2007.html>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria GM n. 3.908, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 nov. 1998a. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/3908_98.htm>. Acesso em: 31 mar. 2009.

_____. Portaria Interministerial MT/MS/MPAS n. 7, de 25 de julho de 1997. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 jul. 1997. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/65/mt-ms-mpas/1997/7.htm>>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Portaria Interministerial n. 18, de novembro de 1993. Institui o Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (Geisat), de caráter permanente, incumbido de buscar, promover ações integradoras, harmonizadoras e estabelecendo normas e sistematização da descentralização da assistência médica, farmacêutica e odontológica ao acidentado do trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, 12 nov. 1993.

_____. Portaria Interministerial MS/TEM/MPAS n. 1.570, de 29 de agosto de 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 168, 30 ago. 2002.

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. *Caderno de saúde do trabalhador*. legislação. Brasília, 2001b. 142 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 18, de 21 de janeiro de 1999. Inclui os componentes de Tipo de Prestador, Tipo de Atendimento e Grupo de Atendimento associados aos respectivos procedimentos. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 18, 28 jan. 1999d. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=14946&word=>>>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução normativa n. 1, de 8 de dezembro de 2003. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 48, 9 dez. 2003b.

_____. Instrução normativa SVS/MS n. 1, de 7 de março de 2005. Regulamenta a Portaria n. 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, Estados, 70 Municípios e Distrito Federal na área de Vigilância em Saúde Ambiental. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 55, p. 35, 22 mar. 2005c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/inst_normativa_01_2005.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2009.

_____. Portaria n. 70, de 23 de dezembro de 2004. Estabelece os critérios e a sistemática para habilitação de Laboratórios de Referência Nacional e Regional para as Redes Nacionais de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 37, p. 54, 24 fev. 2005b. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/legislacao/portarial7023122004.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2009.

_____. *Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde*. Brasília: Funasa, 2001.

_____. *Subsídios para construção da política nacional de saúde ambiental*. Brasília, 2005. 9 p. Mimeografado.

CARVALHO, E. F. de et al. Avaliação da vigilância epidemiológica em âmbito municipal. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 5, p. 53-62, dez. 2005. Suplemento 1.

CARVALHO, M. S.; MARZOCHI, K. B. F. Avaliação da prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 34-57, abr. 1992.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5., 1975. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1975. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5conf_nac_rel.pdf>. Acesso em: 20 set. 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO CONSUMIDOR, 1, 1986, Brasília. Relatório Final. *Revista Saúde em Debate*, Brasília, n. 19, p. 20-24, 1987.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 1, 1987, Brasília. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1a_conf_nac_saude_trabalhador.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3, 2005, Brasília. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_final.pdf>. Acesso em: 4 maio 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Recomendação n. 015, de 9 de maio de 1996*. Disponível em: <www.conselho.saude.gov.br/recomendacoes/1996/Reco015.doc>. Acesso em: jul. 2009.

_____. *Recomendação n. 016, de 13 de março de 2008*. Disponível em: <www.conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2008/rec_16.doc>. Acesso em: jul. 2009.

_____. Resolução n. 6, de 21 de dezembro de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 315, 5 jan. 1989. Disponível em: <<http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/98.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2009.

_____. Resolução n. 367, de 14 de fevereiro de 2007. *Diário Oficial da União*, Brasília, 14 mar. 2007. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpessp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.mar.07/iels49/U_RS-CNS-367_140207.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Nova proposta de financiamento dos Laboratórios de Saúde Pública (FINLACEN)*. Brasília, 2005 (Nota técnica 21/2005). Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2021-05.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2009.

_____. *Vigilância em saúde*. Brasília, 2007. 278 p. (Coleção Progestores. Para entender a gestão do SUS, v. 6, t. 1).

COSTA, E. A. ; ROZENFELD, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, Suely (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 15-40.

DE SETA, M. H. *A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. 176 p.

DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E. *Vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Programa de Educação à Distância, 2006. Mimeografado.

_____; SILVA, J. A. Á. da. A Gestão em vigilância sanitária In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1., 2001, Brasília. *Cadernos de textos*. Brasília: Anvisa, 2001.

_____; _____. A gestão da vigilância sanitária In: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; O'DWYER, G. de. (Org.). *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 195-217.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. da G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-828, out./dez. 2005.

EDUARDO, M. B. de. ; MIRANDA, I. C. S. de. *Vigilância sanitária*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v. 8. (Saúde & Cidadania).

FRANCO NETTO, G.; CARNEIRO, F. F. Vigilância ambiental em saúde. *Ciência e Ambiente*, Rio Grande do Sul, v. 25, p. 47-58, 2002.

FREITAS, C. M. A produção científica sobre o ambiente na saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 679-701, maio/jun. 2005.

FREITAS, M. B.; FREITAS, C. M. de. A vigilância da qualidade da água para consumo humano: desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 993-1004, dez. 2005.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Centro Nacional de Epidemiologia. *Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde*. Brasília, 2003. 32 p. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0649_M.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2009.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Centro Colaborador em Vigilância Sanitária. *Linha do tempo*. Rio de Janeiro, [200-]. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/visa/historia1.html>>. Acesso em: 7 abr. 2009.

_____. *Sergio Arouca fala sobre vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: VídeoSaúde, 2006. 1 DVD (47 min), color.

_____. *Sistema Nacional de Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro, [200-]. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/visa/snvs.html>>. Acesso em: 7 abr. 2009.

_____. *Tragédias sanitárias*. Rio de Janeiro, [200-]. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/visa/tragedias.html>>. Acesso em: 7 abr. 2009.

LACAZ, F. A. de C. Saúde do Trabalhador: vinte anos de história e trajetória. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3, 2005, Brasília. *Coletânea de Textos*. Brasília: Conselho nacional de Saúde, 2005, p. 134-137.

_____; MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. de S. *Relatório final do projeto "Estudo da Situação e Tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil"*. [S.l.], 2002. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/GTs/GT%20Saude%20Trabalhador%20RelatorioFinal%20.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2009.

LANGMUIR, A. D. Evolution of the concept of surveillance in the United States. *Proc. Royal Society of Medicine*, v. 64, n. 6, p. 681-684, jun. 1971.

LUCCHESI, G. *Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil*. 2001. 245 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 33-45, 1997. Suplemento 2.

_____. A propósito da vigilância em saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 987-992, out./dez. 2005.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2006.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. da F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13 (Supl. 2), p. 21-32, 1997.

MOSTRA CULTURAL VIGILÂNCIA SANITÁRIA E CIDADANIA. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/Cecovisa, 2006. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/visa/mostra.html>>. Acesso em: 7 abr. 2009.

RODRIGUES, B. de A. *Evolução institucional da saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 1977. 64 p.

SABROSA, P. *Vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, [200-]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/GTs/Vigilancia%20em%20Saude_Sabrosa.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2009.

SANTOS, S. S. B. da S.; MELO, C. M. M. de. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1923-1932, nov./dez. 2008.

SILVA, L. J. da. Vigilância epidemiológica: a perspectiva de quem é responsável. *ComCiência*, 14 jun. 2005. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/2005/06/14.shtml>>. Acesso em: 26 jun. 2006.

SILVA, Z. P. da; BARRETO JUNIOR, I. F.; SANT'ANA, M. do C. Saúde do trabalhador no âmbito municipal. *São Paulo em Perspectiva*, v. 17, n. 1, p. 47-57, 2003.

SILVA JÚNIOR, J. B. da. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. Tese (Doutorado) - UNICAMP, São Paulo, 2004. 318 p.

SILVEIRA, A. M.; RIBEIRO, F. S. N.; LINO, A. de F. P. F. O Controle social no SUS e a RENAST. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3, 2005, Brasília. *Trabalhar sim, adoecer não: textos de apoio...* Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/crest/downloads/Coletanea.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2006.

SOUTO, A. C. *Saúde e política: a vigilância sanitária no Brasil (1976-1994)*. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996. p. 199.

VILLA-FORTE, D. N. Nova forma de pensar e fazer planejamento e orçamento. In: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; O'DWYER, G. de. (Org.). *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 219-250.

WALDMAN, E. A.; FREITAS, F. R. M. de. A Vigilância epidemiológica e sua interface com as práticas da vigilância sanitária. In: COSTA, E. A. (Org.). *Vigilância sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EDUFBA, 2008.

_____; SILVA, L. J. da; MONTEIRO, C. A. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 8, n. 3, p. 5-47, set. 1999.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. *Revision and updating of the International Health Regulations*, WHA48.7. Geneva, 12 May 1995. Hereinafter WHA Resolution 48.7. Disponível em: <www.who.int/csr/ihr/ihr1969.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2009.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. *Revision of the International Health Regulations*, WHA58.3. Geneva, 23 May 2005. Hereinafter IHR 2005. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_55-en.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2009.

9. Cuidado em saúde e qualidade de vida: desafios e perspectivas para as vigilâncias do campo da saúde

Marismary Horsth De Seta e Lenice G. da Costa Reis



Neste módulo buscamos sintetizar algumas ideias e discutir as contribuições, desafios e perspectivas das vigilâncias do campo da saúde. Assume-se que as quatro vigilâncias apresentam-se em diferentes estágios de desenvolvimento e de implementação no SUS quando você observa:

- todas as vigilâncias na mesma esfera de governo, seja na esfera federal, estadual ou municipal;
- cada uma das vigilâncias nas três esferas de governo.

Observando de um jeito ou de outro, em ambas as situações, a constatação é a mesma: todas as vigilâncias requerem esforços para seu aprimoramento. Como estamos num curso de gestão, e de gestão na saúde, renova-se o cuidado de não se chegar a uma conclusão definitiva, segundo a qual existiria um modelo institucional e de organização de práticas para as vigilâncias que seja “o melhor modelo”.

Abordar as contribuições das vigilâncias para as diversas áreas de prática compreendidas no sistema de saúde brasileiro é tarefa delicada, que sempre dará margem, no mínimo, a uma complementação ou a uma retificação. É que são tantas as possíveis contribuições das vigilâncias que, mal concluída a versão preliminar, os acréscimos já têm de ser feitos... Assume-se assim que o apontamento das contribuições gera um resultado que tende a ser sempre parcial e provisório. Por isso, a opção em abordá-las no contexto dos desafios e perspectivas.

Mas uma coisa é clara: as vigilâncias são componentes da Promoção da Saúde e estão submetidas aos mesmos desafios e às mesmas perspectivas, num contexto em que predominam demandas sociais por melhorias no acesso e na qualidade do cuidado.

- Por que apresentamos desafios e perspectivas?

É que os desafios têm um caráter positivo. Quando falamos, por exemplo, que a vigilância em saúde do trabalhador é uma prática permeada de conflitos, isso não é um problema e sim uma característica da área, um desafio. No campo do Trabalho e da Saúde existem interesses diferentes, mas eles são sempre contrários, antagônicos?

- E onde está o caráter positivo?

É preciso chamar a atenção para a oportunidade de olhar os desafios e os conflitos de forma mais estratégica. As posições dos diferentes atores nem sempre são antagônicas. Em determinados momentos, frente a certas situações, pode haver convergência de interesses. E aí está a possibilidade de maiores ganhos, além dos salariais, também na redução dos riscos referentes ao trabalho. Ou você não concorda que muitas vezes as soluções podem nascer das crises? Dos desafios, dos conflitos, também...

Para início de conversa, mas, colocando (alguns) pingos nos ii...

Uma coisa é a contribuição das vigilâncias do campo da saúde para as diversas áreas de prática em saúde; outra diferente (e muito mais ampla) é a contribuição das disciplinas que embasam as vigilâncias (aqui se fala sobre o campo da ciência e não só da saúde...). Tentaremos esclarecer esse ponto com o exemplo seguinte, sobre a epidemiologia e a vigilância em saúde pública.

Muito se tem dito sobre a contribuição da epidemiologia – e de suas quatro aplicações aos serviços de saúde – para o planejamento, organização, avaliação e a gestão dos serviços, sistemas e redes de saúde. Essas quatro áreas de aplicação, segundo Waldman (1998), são:

- análise da situação de saúde;
- identificação de perfis e fatores de risco;
- avaliação epidemiológica dos serviços;
- vigilância em saúde pública.

Relembrando, Vigilância em Saúde Pública é o nome proposto para a Vigilância Epidemiológica no final dos anos 1980. Assim, essa vigilância – mesmo a mais ampliada – é limitada em relação à Epidemiologia.

A epidemiologia é uma disciplina abrangente, que estuda a frequência, a distribuição e a determinação dos estados de saúde ou dos eventos relacionados à saúde das populações, bem como a aplicação desses estudos no controle dos problemas de saúde. Ela incorpora a pesquisa, e sua aplicação nos serviços de saúde ultrapassa o que se denomina vigilâncias. Ela provê um conjunto de métodos de ampla possibilidade de aplicação.

Das contribuições, só para ficar nas vigilâncias...

Sergio Arouca (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2006), naquele registro em vídeo que no Módulo 8 sugerimos que você visse a título de complementação de seus estudos, lembrou o processo de construção dos postulados da Reforma Sanitária e elencou as questões apontadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde que permaneciam, ainda em 2001, como questões a serem enfrentadas: vigilância sanitária, saúde do trabalhador, meio ambiente, ciência e tecnologia. Ou seja, a maioria das vigilâncias – e, quando não, áreas que com elas têm interfaces – carece de maior atenção. Pois discutir Ciência e Tecnologia do ponto de vista da saúde sem considerar as quatro vigilâncias empobrece e limita suas perspectivas. Cada uma delas é capaz de contribuir com aportes relevantes:

1. a epidemiológica, por se preocupar com os processos de adoecimento e com os agravos;
2. a ambiental e a em saúde do trabalhador, porque a ciência e seus desenvolvimentos/experimentos, e principalmente a tecnologia, dizem muito ao ambiente e aos ambientes de trabalho, como proteção ou como dano;
3. a sanitária, pela sua contribuição para que possamos ter produtos e serviços mais seguros e de melhor qualidade, inclusive para uso no próprio SUS e fora dele.

Essa contribuição da vigilância sanitária se dá tanto pelo seu caráter de avaliação da qualidade quanto pelo que ela desempenha no processo de desenvolvimento, incorporação e de controle do uso das tecnologias, que inclui o monitoramento de eventos adversos. E, em caso de ocorrência desses eventos, ela busca minimizar seus efeitos na sociedade, determinando o cancelamento de registro, a retirada do mercado ou a limitação do uso a determinados grupos e sob algumas condições etc.

Por tudo isso, Arouca (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2006) encerrou sua fala, no mencionado registro em vídeo, afirmando que a vigilância sanitária contribui para a estruturação e qualificação do SUS. E pode contribuir para a melhoria da gestão na medida em que o gestor, atento à qualidade dos serviços que oferece à população, exerce seu papel de prestador, mas também de regulador. E todas as vigilâncias podem contribuir, e muito, em especial a sanitária e a epidemiológica. Afinal, nem todo controle de infecção nos serviços de saúde – mas boa parte dele – se vale do **sistema de vigilância existente (ativo ou passivo)** e da investigação realizada nos moldes da vigilância epidemiológica.

TIPOS DE SISTEMAS DE VIGILÂNCIA

Vigilância passiva – tem como fonte de informação a notificação espontânea. É de menor custo e maior simplicidade, sendo mais vulnerável à subnotificação, que pode superar os 50%.

Vigilância ativa – caracteriza-se pelo estabelecimento de um contato direto, a intervalos regulares, entre a equipe da vigilância e as fontes de informação, geralmente constituídas por clínicas públicas e privadas, laboratórios e hospitais.

Sistema passivo “parcialmente ativado” – é o sistema passivo ativado em parte pelo contato direto e regular com uma fonte ou com um número reduzido de fontes de informação que centralizam o atendimento de grande número de casos do agravo objeto do sistema.

Fonte: Waldman (1998).

PARA PESQUISAR

A taxa de infecção hospitalar pode ser utilizada como uma aproximação da qualidade do serviço de saúde. Caso seja necessário contratar leitos em um hospital, é importante saber como é o desempenho desse serviço em relação ao controle da infecção hospitalar. Como gestor do SUS, pesquise e responda:

1. Qual serviço, na esfera federal, responde pelo controle de infecção em serviços de saúde e pela qualidade e segurança transfusional?
2. E no seu estado e no seu município, quem responde por essas ações?
3. Como obter o dado sobre infecção hospitalar dos hospitais do seu município?

Registre os resultados de sua pesquisa.

É importante lembrar que cabe à vigilância sanitária regular boa parte das tecnologias em saúde. Medicamentos, grande parte dos equipamentos, aparelhos, materiais, artigos de uso ou aplicação médica, odontológica ou laboratorial destinados à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou anticoncepção são passíveis não apenas de registro no órgão de vigilância sanitária federal (hoje, a Anvisa) mas também estão sujeitos a um grande conjunto de regulamentos e normas. Também é responsabilidade da vigilância sanitária monitorar sua utilização para identificar eventos inesperados ou adversos (PEPE et al., 2006).

Dos desafios e perspectivas

Pode-se dizer que as propostas dos distintos Sistemas Nacionais das Vigilâncias, todos eles instituídos no âmbito do Sistema Único de Saúde, padecem de problemas comuns às demais áreas do SUS e de problemas específicos de seu campo de atuação.

Alguns deles, como os de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, embora formalmente instituídos, ainda carecem de uma estruturação que os torne mais efetivos em suas ações. No caso da Saúde do Trabalhador, há um forte conteúdo de assistência e de pesquisa, e até o momento encontra-se em construção uma rede onde também se cuida, e não um sistema.

Os potenciais conflitos decorrentes do que as vigilâncias fazem e com o que lidam

Monopólios e oligopólios são termos que se referem a situações de domínio de mercado e de sistemas de concorrência entre empresas nesse mesmo mercado. O monopólio é uma situação em que a oferta é dominada por uma única empresa. Uma situação de monopólio pode ser criada, por exemplo, no caso das patentes de medicamentos. O oligopólio é uma situação em que um pequeno número de empresas domina um mercado e cada uma delas tem capacidade para influenciá-lo.

Um grande desafio decorre do fato de que algumas vigilâncias lidam com os processos de produção e seus efeitos na saúde, sendo áreas onde a contradição **capital-trabalho-saúde** exige maior capacidade de intervenção do Estado na busca da diminuição de desigualdades e de melhoria da qualidade de vida e construção da cidadania. Embora a capacidade de intervenção seja diferenciada entre as vigilâncias, a sanitária, a ambiental e de saúde do trabalhador relacionam-se mais estreitamente aos processos de produção e desenvolvimento. Permeiam as grandes questões dessas três vigilâncias:

- contradições nas relações entre capital e trabalho; produção e consumo; e produção e meio ambiente e entre as diversas concepções sobre os modelos de desenvolvimento;
- relações de força que se estabelecem entre quem produz ou presta serviço (cuida) e quem regula;
- necessidade de enfrentar **monopólios e oligopólios** e suas estratégias, num contexto de desenvolvimento desigual entre países.

Um exemplo em que o desenvolvimento desigual entre países gera questões a serem enfrentadas pelas vigilâncias, no caso pela sanitária junto com a ambiental, é o envio por via marítima de carregamentos de lixo tóxico (certos resíduos industriais, principalmente) de países desenvolvidos para outros menos desenvolvidos.

Essas três vigilâncias, além de terem que considerar os determinantes e condicionantes biológicos, físicos, químicos, mecânicos ou ergonômicos, têm que lidar com determinantes socioambientais, com a organização do Estado e a implementação de suas Políticas Públicas, especialmente as políticas sociais, no mundo globalizado.

Especificamente sobre a vigilância em saúde do trabalhador, diz-se que **ela não é uma prática puramente técnica e padronizada, mas sim política de saúde, complexa, ampla, permeada por interesses conflituosos e profundamente inserida na sociedade**. E mais: que é perigoso equiparar a vigilância em saúde do trabalhador às concepções restritas de vigilância da saúde, de vigilância das doenças e agravos e à vigilância epidemiológica. Se essa vigilância for assim reduzida, perde-se a competência para intervir nos ambientes de trabalho (PINHEIRO et al., 2005 apud MACHADO, 1996).



Para saber mais sobre o tema, consulte sites da internet e documentos que tratem da Convenção da Basiléia (assinada em 1989 para impedir que países ricos exportassem seu lixo tóxico para os mais pobres); da Convenção de Roterdã (sobre substâncias químicas); da Convenção de Estocolmo (sobre poluentes orgânicos persistentes). Visite a página <http://www.greenpeace.org/brasil/> e utilize a ferramenta de buscas.

Para refletir

Em relação às características que estão grifadas no parágrafo anterior, pergunta-se: isso ocorre só com a vigilância em saúde do trabalhador? Nas atividades de vigilância epidemiológica no seu município você vislumbra conflitos? Por quê?

Registre suas reflexões.

Esses preceitos podem ser extrapolados para o conjunto das vigilâncias. Como integrantes do campo da Promoção da Saúde, elas são idealmente voltadas a fortalecer direitos e participação... E isso não é fortalecimento do poder (*empowerment*) dos consumidores/cidadãos/trabalhadores na luta pela preservação de sua saúde? A vigilância epidemiológica tem um nível mais baixo de conflitos e seu maior desafio é sua própria constituição.

É preciso chamar a atenção para a oportunidade de olhar os conflitos de forma mais estratégica. As posições dos diferentes atores nem sempre são antagônicas. Em determinados momentos, frente a certas situações, pode haver convergência de interesses.

Quanto a isso, veja agora um exemplo da vigilância sanitária.

Ao retirar produtos de baixa qualidade de circulação ou aumentar exigências sanitárias para a prestação de serviços ou para a produção de bens de consumo que afetam a saúde, a vigilância sanitária pode ter um efeito saneador do mercado, o que fortalece aqueles produtores que trabalham corretamente e contribui para proteger a saúde da população. Ademais, se é um produto usado nos serviços de saúde, a vigilância sanitária contribui para qualificar a atenção prestada nesses serviços.

O desafio de transformar as práticas das vigilâncias: articulação e controle social

Transformar as práticas das vigilâncias do campo da saúde continua sendo um desafio de grande monta, uma vez que elas se inserem nas práticas de um Estado que é modificado pela correlação de forças históricas e sociais e, muitas vezes, quanto maior e melhor sua ação, maiores os conflitos que são gerados. A vigilância sanitária, conforme foi visto, por seu poder de polícia administrativa, é, dentre as vigilâncias, a que mais diretamente se defronta com os interesses econômicos.

Com a breve abordagem do processo de trabalho realizada no Módulo 7, pode-se perceber o desafio que é incluir nesse processo de mudança de práticas os demais atores sociais: cidadãos, consumidores e trabalhadores. Ao pensar as vigilâncias como práticas sociais, torna-se necessário que esses atores atuem como sujeitos.

Isso ainda não é uma realidade para nenhuma das vigilâncias, embora a Saúde do Trabalhador tenha buscado incluir as representações de trabalhadores. Mas, mesmo nela, a participação do trabalhador não é uma questão fácil, e é grande o desafio para a inclusão de representantes do setor informal, público e rural (PINHEIRO et al., 2005).

Na vigilância sanitária também é frágil a participação da sociedade, e esse tema quase não faz parte das pautas de discussão nos conselhos de saúde nas diferentes esferas (LUCCHESI, 2001). Precisam ser fortalecidas as iniciativas de alguns conselheiros no sentido de promover a discussão sobre outras questões que não as da assistência à saúde.

A gestão participativa na vigilância da qualidade da água é, segundo Freitas e Freitas (2005), um desafio. De acordo com esses autores, o entendimento de participação muitas vezes é tido, por gestores e trabalhadores da saúde, como informação à população e aos conselhos de saúde e do meio ambiente sobre a qualidade da água. Essa informação é fornecida por meio de relatórios mensais, em tempo posterior, sendo insuficiente para a prevenção das doenças.

A proposta de Vigilância da Saúde, já abordada no Módulo 7, tem como pressuposto, em uma de suas vertentes, a modificação nas práticas sanitárias. Não se pretende aqui discutir amplamente o conceito de Vigilância da Saúde e suas vertentes, que podem ser aprofundadas em alguns textos (MENDES, 1993; PAIM, 1993; TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998; TEIXEIRA, 2002; TEIXEIRA; COSTA, 2003). Essa discussão também precisaria ser reforçada à luz da questão federativa, nesta federação desigual.

Cabe, entretanto, ressaltar que a discussão sobre o modelo de práticas das vigilâncias vem se dando em variados fóruns, entre os atores políticos, com um conjunto heterogêneo de propostas sobre o encaminhamento do processo de reorganização dessas práticas das vigilâncias. Ainda não há consenso do ponto de vista teórico-conceitual nem do

ponto de vista político-organizacional. Os rearranjos institucionais nas diferentes esferas de governo têm sido avaliados mais frequentemente como uma mudança de organograma do que como uma real mudança de práticas (TEIXEIRA; COSTA, 2003).

De fato, ainda não se tem uma avaliação dos poucos processos de reorganização das estruturas das vigilâncias ocorridas em alguns estados e municípios objetivando uma desejada **ação mais integral** – em vez de mais articulada – das vigilâncias do campo da saúde. Mas já despontam resultados por vezes paradoxais. Concretamente, ou têm sido criadas agências estaduais e municipais de formatos e denominações diversas, com um único traço em comum: a ausência do conjunto de características que tornou a construção da **Anvisa um caso peculiar na saúde**, ou o resultado tem sido o rebaixamento dos serviços na estrutura decisória das secretarias, com interposição de mais níveis hierárquicos, o que dificulta o processo decisório em qualquer organização, tornando-o mais centralizado, por isso mais lento e, potencialmente, ainda menos permeável ao controle social (ainda mais que três das vigilâncias têm potenciais conflitos a enfrentar). Se a organização institucional é frágil, os resultados e as articulações intra e intersetoriais também tendem a ser precários e frágeis.

Evitamos usar o termo **integralidade**, pois é uma expressão imprecisa em função de seus múltiplos significados, do valor positivo que carrega e da dificuldade em avaliar seu efetivo alcance. Concordamos com Mattos (2001) quando afirma que a integralidade é uma bandeira de luta, um conjunto de valores pelo qual vale a pena lutar.

A Anvisa é um caso peculiar na saúde pois, diferentemente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, é fruto de um processo de reforma institucional. E, também diferentemente das agências estaduais e municipais, tem autonomia administrativa e financeira e seus dirigentes gozam de estabilidade, conforme vimos no Módulo 8.

Para refletir

Como você avalia o modelo atual das práticas em vigilâncias adotado em seu município/estado, do ponto de vista dos avanços alcançados, dos desafios que enfrenta e de suas fragilidades?

Faça um registro de suas reflexões.

O desafio da tomada de decisão com base na informação

A limitação e a falta de integração dos Sistemas de Informação das Vigilâncias Sanitária, em Saúde do Trabalhador e Ambiental que possam ser articulados aos demais sistemas já existentes dificultam a tomada de decisões e o monitoramento da situação de saúde no que diz respeito aos seus objetos de atuação por meio de indicadores.

No caso da vigilância ambiental em saúde e da saúde do trabalhador, há um avanço representado pela elaboração do painel de indicadores (Pisast), apontado no Módulo 7, ao falar nos sistemas de informação.

Santana e Nobre (2005) referem algumas questões sobre a construção de sistemas de informação de saúde do trabalhador. A comunicação obrigatória, por parte das empresas, dos acidentes e/ou doenças do trabalho restringe-se aos trabalhadores segurados; no SUS, a notificação é obrigatória, por meio do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), apenas em alguns estados e municípios. Referem ser ainda raro o diagnóstico correto de acidentes e/ou doenças do trabalho.

Como fatores operacionais que dificultam a construção de bons sistemas de informação em saúde do trabalhador, pode-se citar a imprecisão na padronização e codificação do registro da ocupação e cobertura – limitada aos empregados do mercado formal, em regime de CLT – da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT).

A Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (2001) apontou a inexistência de um sistema de informação em vigilância sanitária articulado com os diversos sistemas de informação em saúde (Relatório Final, 2001). O Sistema de Informações de Vigilância Sanitária (Sinavisa), proposto há algum tempo, e a elaboração de cadastros municipais e estaduais de estabelecimentos sujeitos à vigilância têm sido uma das prioridades para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. A vigilância sanitária, como prática avaliativa, que pretende agir como uma “inteligência”, necessita de sistemas de informação fidedignos, que indiquem o universo de sua atuação e informem os efeitos na saúde decorrentes do uso de tecnologias e insumos.

Com ou sem sistema de informação informatizado, o gestor deveria saber quais serviços de saúde estão devidamente licenciados pela vigilância sanitária e cumprem as normas que asseguram um padrão mínimo aceitável de qualidade. Essa informação pode facilitar a decisão sobre credenciamentos (ou descredenciamentos), contratação de leitos e de serviços, e sobre investimentos que qualifiquem a rede de serviços colocados à disposição do cidadão.

Pode-se dizer, de maneira mais ampla, que o debate sobre a questão das Informações em Saúde tem sido intenso no campo da Saúde Coletiva, mas que a vigilância epidemiológica é a que mais se beneficia dos sistemas nacionais de informação existentes e mais voltados à sua prática.

Ainda assim, o aperfeiçoamento dos sistemas de informação existentes, o relacionamento e compatibilidade entre as bases e o desenvolvimento de alguns sistemas específicos que informem sobre os objetos das vigilâncias constituem-se num importante desafio para a gestão das vigilância(S) em saúde no seu processo de tomada de decisões.

O desafio do monitoramento e da vigilância ativa em prol da melhoria da qualidade e da segurança de produtos e serviços

De acordo com o que é definido no artigo 200 da Constituição Federal de 1988, como já foi visto, cabe ao SUS o controle e a fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde. Esse controle deve incluir o monitoramento, isto é, a observação de maneira contínua do comportamento desses elementos na vida cotidiana, sob as condições normais de uso. O monitoramento deve servir de base para o aprimoramento do registro de produtos, das normas técnicas e das orientações.

Vale lembrar que para o registro de um produto são realizados **ensaios clínicos** sob condições controladas, com número reduzido de indivíduos, estando sempre excluídos os idosos, as gestantes, as crianças e os portadores de algumas enfermidades. Assim, alguns efeitos desses produtos/procedimentos só aparecem quando utilizados em larga escala e, muitas vezes, combinados com outras intervenções. É em função do extremo dinamismo da tecnologia na área da saúde que hoje a chamada vigilância pós-comercialização ganha relevância e torna-se elemento imprescindível no processo regulatório, na perspectiva da proteção à saúde.

Ensaio clínico é qualquer pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais (BRASIL, 1998).

A esfera federal e alguns estados vêm, ao longo dos últimos anos, trabalhando para desenhar e implementar os programas de monitoramento. Na atualidade, assim como nos países mais desenvolvidos, a Anvisa vem desenvolvendo, com a colaboração de alguns estados, municípios e

Farmacovigilância é a ciência relativa à detecção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos. Embora haja previsão desse tipo de vigilância na Lei n. 6.360/76, apenas nos últimos anos ela tem sido implantada como programa.

De modo análogo, desenvolveram-se os conceitos de hemovigilância e tecnovigilância para os eventos adversos relacionados à utilização de sangue e hemocomponentes e aos equipamentos médicos, respectivamente.

unidades hospitalares, os programas, por exemplo, de **farmacovigilância**, **hemovigilância** e **tecnovigilância**, considerados prioritários para a vigilância pós-comercialização.

Vigilância pós-comercialização é um estudo do uso e dos efeitos – principalmente dos efeitos adversos – dos medicamentos após a liberação para comercialização. Este termo é, às vezes, usado como sinônimo de farmacovigilância, mas este último pode ser relevante também para os estudos “pré-comercialização”. Hoje seu uso incorpora outros produtos e tecnologias de interesse da saúde.

Uma das estratégias para viabilizar esse tipo de vigilância é a Rede de Hospitais Sentinela, que objetiva obter informações qualificadas a respeito da qualidade dos produtos e do seu perfil de risco/benefício. Além de servir como subsídio nas ações de regulação de mercado, o projeto contribui para a melhoria da qualidade da atenção à saúde por meio da busca ativa e da investigação de eventos adversos, bem como de medidas para redução e controle de riscos relacionados a tecnologias em saúde.

Essas atividades, quando necessário, geram alertas sanitários para todo o sistema de saúde ou de vigilância ou para áreas específicas do SUS.

Uma estratégia importante – tanto na vigilância sanitária quanto na ambiental – tem sido o monitoramento de alguns produtos e ambientes visando à identificação, mediante metodologias analíticas laboratoriais, de desvios de qualidade e de contaminantes.

Por fim, podemos dizer que, sendo o monitoramento geralmente o acompanhamento sistemático de indicadores construídos com o apoio de sistemas de informação, a vigilância epidemiológica é a que mais se beneficia por ter sistemas nacionais de informação voltados à sua prática.

O desafio da pesquisa e produção de conhecimento

A cooperação entre serviços, universidades e institutos de pesquisa no desenvolvimento de pesquisas e na formação de recursos humanos para as vigilância(S) em saúde constitui ainda um desafio e tem-se colocado como uma perspectiva ainda bastante tímida, principalmente para a vigilância sanitária.

Mas, para todas as vigilâncias, a prática interdisciplinar e multiprofissional pode contribuir para a construção do conhecimento, para a construção e desenvolvimento de indicadores e para a identificação de fatores, sejam eles biológicos ou não, interferindo na saúde dos cidadãos, consumidores e trabalhadores e comprometendo o desenvolvimento sustentável e a qualidade de vida.

A pesquisa em saúde mobiliza muitos atores, de origens diversas, com visões, interesses e linguagens distintas. Construir uma agenda de prioridades para pesquisa na área da saúde tem sido uma tarefa árdua; pressupõe estabelecer consensos e compartilhar recursos.

O investimento em pesquisa e desenvolvimento tecnológico no campo das vigilância(S) em saúde, especialmente nas vigilâncias sanitária, em saúde do trabalhador e ambiental, ainda está aquém das necessidades; isso compromete o desenvolvimento de métodos para avaliação e gerenciamento dos riscos à saúde e estruturação dos sistemas de vigilância. A situação em relação a esse ponto é bastante melhor para a vigilância epidemiológica, conforme pudemos ver no desenvolvimento do SNVE, com a cooperação com as instituições e especialmente com a Abrasco. A SVS conta com uma rede acadêmica de centros colaboradores, mas também de profissionais da área da pesquisa.

O desafio do financiamento em busca da equidade

Embora tenha crescido bastante, ainda é baixo o financiamento para o campo das vigilâncias, especialmente se comparado ao volume de recursos consumidos, por exemplo, pela assistência. A Vigilância Epidemiológica ainda é a que percebe maiores recursos, seja por meio de repasses regulares e automáticos, seja por meio do Projeto VigiSUS. A implementação da Renast tem contado com recursos financeiros extra-teto transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde a estados e municípios, que permitiram a habilitação de 11 Cerest até agosto de 2005 (DIAS; HOEFEL, 2005), perfazendo agora cerca de 180 centros.

É importante implementar sistemas nacionais cooperativos em que as esferas de governo participem de forma integrada e que estejam organizados e distribuídos equitativamente no país, negociando por meio das instâncias de pactuação constituídas. Tais sistemas devem contemplar alguns princípios: da transparência na ação regulatória;

da transversalidade e intersetorialidade; da ética e da precaução; e da complementaridade das ações (ABRASCO, 2004).

A realidade já demonstrada é a de desintegração e desarticulações intrassetoriais na esfera da saúde, com arranjos institucionais de maior ou menor facilidade de estruturação dos serviços estaduais e municipais, dependentes das características político-administrativas e socioculturais de cada localidade. Há, portanto, variações locais que dependem do porte do município ou estado, da forma organizacional e da estrutura de cada secretaria de saúde, da importância que a promoção ou proteção da saúde tem na cultura local, da organização da sociedade civil e da participação social nas definições das políticas de saúde, por intermédio dos conselhos de saúde.

Em 2004, o estado-da-arte do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária era assim caracterizado:

vem se conformando como um arranjo restrito aos serviços de vigilância sanitária, com baixo grau de coesão entre os componentes federal e estadual, incipiência do componente municipal e precário controle social. Além de um serviço federal robusto, torna-se necessário prosseguir na estruturação de órgãos que aumentem a cobertura e a efetividade do sistema pela ação colaborativa entre seus componentes, respeitando o princípio da interdependência sistêmica [...] (ABRASCO, 2004).

Pode-se extrapolar esse diagnóstico para as demais vigilâncias, especialmente as vigilâncias de saúde do trabalhador e ambiental. A vigilância epidemiológica, por sua história e por não interferir diretamente nas contradições **capital-trabalho-saúde**, encontra-se em estágio mais avançado que as demais.

Para refletir

Você poderia identificar ações colaborativas em seu município/estado que resultaram em ampliação da cobertura e efetividade das vigilâncias?

Você já pensou que os benefícios gerados pelas ações das vigilâncias podem ser usufruídos mesmo por aqueles que não demandam diretamente os serviços de saúde, alcançando a totalidade da população?

Lembre-se de registrar suas reflexões.

O desafio da implantação de rede de laboratório para qualificar as ações

Cabe ressaltar a importância e o desafio de estruturar e implementar a Rede de Laboratórios Oficiais de Saúde Pública para que possam atuar nos vários componentes das vigilância(S) em saúde. Lucchese (2001) considera a fragilidade da Rede de Laboratórios de Controle de Qualidade em Saúde (Lacen) como um dos nós críticos do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, uma vez que, sendo de fundamental importância para a finalização das ações fiscalizadoras da Visa, os Lacen têm dificuldades para a realização das ações laboratoriais: falta de padrões, de métodos analíticos, de equipamentos e de pessoal.

Da mesma maneira, Lacaz; Machado e Porto (2002) consideram que a existência de estrutura de referência laboratorial específica é um fator de estabilidade e de crescimento das experiências em saúde dos trabalhadores. Segundo esses autores, mesmo

na região Sudeste a existência de estrutura institucional relativamente bem desenvolvida não se traduz em retaguarda laboratorial ampla, dada a sua fragmentação e subaproveitamento decorrentes da inexistência de uma efetiva rede de laboratórios de toxicologia e avaliação ambiental, bem como de mecanismos claros de financiamento destas estruturas e das ações dos serviços (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002).

De todo modo, já se enunciou no módulo anterior que se conta com algum recurso para os Lacen e para o INCQS se estruturarem para melhor atender às vigilâncias. Todavia, é necessário remarcar a diferença entre um procedimento analítico laboratorial para cada uma das áreas dos sistemas das vigilâncias.

O desafio da estruturação e qualificação das equipes

A operação desses sistemas nacionais exige uma equipe multiprofissional, com pessoal em quantidade suficiente e com a qualificação necessária ao desenvolvimento das ações. Essa ainda não é a realidade na maioria das vigilâncias.

Assim é que Pinheiro (1996) refere a existência de um número restrito e insuficiente de profissionais de saúde para atuar na saúde do trabalhador. No campo da Vigilância Sanitária, o Censo Nacional dos

Trabalhadores de Vigilância Sanitária, realizado em 2004, registrou que, dos municípios pesquisados, 13,4% não possuíam nenhum profissional de vigilância sanitária. Além disso, demonstrou disparidades regionais importantes, um maior contingente de pessoal de nível médio ou elementar (67,2%), com 59,2% com até cinco anos de trabalho na vigilância sanitária.

De fato, apenas mais recentemente, especialmente a partir do ano 2000, é que os serviços de vigilância sanitária nas diversas esferas de governo têm realizado concurso público para a (re)composição de suas equipes. Pela natureza da ação da vigilância sanitária, já discutida aqui, pode-se compreender que a existência de uma equipe multidisciplinar, com investidora pública, consciência do seu papel na sociedade e qualificada para o exercício de sua função é condição importante para a melhor efetividade do SNVS e do Sistema Único de Saúde como um todo.

Constitui-se, portanto, em um enorme desafio a **formulação de uma política de recursos humanos que contemple o aumento, a diversificação e a qualificação da força de trabalho e a estabilidade nas três esferas de governo.**

E integra esse desafio a superação de um fosso entre os profissionais das quatro vigilâncias e entre os profissionais da Anvisa e os de estados e municípios. As diferenças abarcam a existência de carreira e o patamar salarial dos profissionais que trabalham com vigilância na esfera federal. Os servidores da Anvisa integram uma carreira específica, de regulação, comum a todas as outras agências.

O desafio de compartilhar atribuições e responsabilidades para produzir mudanças

Finalmente, um desafio de monta é **fortalecer o caráter intersetorial das vigilância(S) em saúde**, construindo, de fato, a desejada e necessária interação com órgãos de outros campos organizacionais externos à saúde.

Pinheiro (1996) refere o baixo envolvimento da Previdência Social com o campo da saúde no que tange à saúde do trabalhador, a existência de alguns pontos de atrito intersetoriais, especialmente com o Ministério do Trabalho, e a resistência do grande empresariado às ações do SUS. Em grande parte, essa tensão permanece nos dias atuais, embora

tenha diminuído, pelo menos em alguns estados. Pinheiro et al. (2005) consideram que é ainda incipiente e pontual o envolvimento de outros setores – como Meio Ambiente, Educação e Agricultura – com a saúde do trabalhador.

Isso também pode ser aplicado às vigilâncias epidemiológica e sanitária quando se observam seu processo de trabalho e o escopo das intervenções. Os exemplos são muitos. Assim, ações de controle de vetores, estreitamente vinculadas ao meio ambiente, raramente são desenvolvidas em conjunto, do mesmo modo que as questões relacionadas ao uso de agrotóxicos ainda carecem de boa articulação entre a saúde, o meio ambiente e a agricultura.

ATIVIDADE FINAL DO MÓDULO 9

Retome o caso Césio 137. Suponha que o acidente esteja ocorrendo agora e que, para enfrentar o problema, você dispõe dos recursos hoje existentes na sua região, colocando-se no lugar do secretário municipal de saúde. Desse lugar, realize as atividades que se seguem. Para a questão 2, consulte o *Caderno de Funções Gestoras e seus Instrumentos*.

1. Considerando que a externalidade nesse caso é muito elevada e que os riscos ultrapassarão os limites da sua jurisdição, proponha um gabinete de crise e a estrutura mais enxuta possível para o seu bom funcionamento, o que inclui uma proposta de coordenação.
2. Faça uma análise SWOT da sua região para o enfrentamento do acidente radiológico. Fique atento porque o resultado de sua análise pode gerar a necessidade de um novo plano.

Envie a atividade para o seu tutor por meio da ferramenta Envio de Atividades, que se encontra no ambiente virtual de aprendizagem.

Referências

ABRASCO. *Relatório da oficina de trabalho do GT VISA "Subsídios para consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária"*. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060717152551.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2009.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n. 1/92 a 26/2000 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n. 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal/ Subsecretaria de Edições Técnicas, 2000. 370 p.

_____. Lei n. 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 set. 1976. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=16615>>. Acesso em: 22 abr. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 nov. 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1., 2001, Brasília. *Caderno de textos*. Brasília: ANVISA, 2001.

COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (Brasil). Resolução n. 2, de 15 de setembro de 1997. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 out. 1997.

DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E. Vigilância em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Programa de Educação à Distância, 2006. Mimeografado.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. da G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-828, out./dez. 2005.

FRANCO NETTO, G.; CARNEIRO, F. F. Vigilância ambiental em saúde. *Ciência e Ambiente*, Rio Grande do Sul, v. 25, p. 47-58, 2002.

FREITAS, M. B.; FREITAS, C. M. de. A vigilância da qualidade da água para consumo humano: desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 993-1004, dez. 2005.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Centro Colaborador em Vigilância Sanitária. *Sergio Arouca fala sobre vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: VídeoSaúde, 2006. 1 DVD (47 min), color.

_____; MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. de S. *Relatório final do projeto "Estudo da Situação e Tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil"*. [S.l.], 2002. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/GTs/GT%20Saude%20Trabalhador%20RelatorioFinal%20.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2009.

LUCCHESI, G. *Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil*. 2001. 245 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MACHADO, J. M. H. *Alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador: a heterogeneidade da intervenção*. 1996. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

MARQUES NETO, F. A. A nova regulamentação dos serviços públicos. *Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico*, Salvador, n. 1, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com/revista/REDAE-1-FEVEREIRO-2005-FLORIANO%20MARQUES%20NETO.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2009.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001. p. 50.

MENDES, E. A construção social da vigilância à saúde no distrito sanitário. In: MENDES, E. V. (Org.). *A vigilância à saúde no distrito sanitário*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1993. p. 7-19. (Série Desenvolvimento de serviços de saúde, 10).

NATAL, S.; ELIAS, M. V. Projeto de análise de informação para tuberculose. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, v. 8, n. 1, p. 15-22, jun. 2000.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E.V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993. p. 187-220.

PEPE, V. L. E. et al. Avaliação em saúde e vigilância Sanitária: conceitos, estratégias e metodologias. In: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; O'DWYER, G. de. (Org.). *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 251-276.

PINHEIRO, T. M. M. *Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância*. 1996. 2003 p. Tese (Doutorado) - UNICAMP, São Paulo, 1996.

_____; RIBEIRO, F. S. N.; MACHADO, J. M. H. Vigilância em saúde do trabalhador. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3, 2005, Brasília. *Trabalhar sim, adoecer não: textos de apoio...* Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/crest/downloads/Coletanea.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2006.

SANTANA, V.; NOBRE, L. Sistemas de informação em saúde do trabalhador. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3, 2005, Brasília. *Trabalhar sim, adoecer não: textos de apoio...* Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/crest/downloads/Coletanea.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2006.

SILVA, Z. P. da; BARRETO JUNIOR, I. F.; SANT'ANA, M. do C. Saúde do trabalhador no âmbito municipal. *São Paulo em Perspectiva*, v. 17, n. 1, p. 47-57, 2003.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 153-162, 2002. Suplemento.

_____; COSTA, E. A. *Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas*. Texto preliminar elaborado para debate no 20.º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, realizado em Brasília, em 26 de março de 2003. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/semin_20.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2009.

_____; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L.. SUS: modelos assistenciais e vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 2, n. 2, abr./jun. 1998.

WALDMAN, E. A. *Vigilância em saúde pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 7 v. (Série Saúde & Cidadania).

A light green map of Brazil is centered on the page, showing the outlines of the states and Federal District. The map is semi-transparent, allowing the text to be clearly visible over it.

IV | Promoção da saúde e desenvolvimento social

10. Promoção da saúde como política e a Política Nacional de Promoção da Saúde

*Maria de Fátima Lobato Tavares, Antônio Ivo de Carvalho,
Rosa Maria da Rocha, Lenira Zancan*



Este primeiro módulo da Unidade de Aprendizagem IV tem por objetivo apresentar uma visão geral do conceito de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social e de sua contextualização no Brasil; a Política Nacional de Promoção da Saúde; e a questão da saúde e seus determinantes sociais.

Bases históricas e conceituais da Promoção da Saúde

Existem várias interpretações sobre o conceito de Promoção da Saúde (PS), que foram se constituindo num tempo social e histórico.

No campo da saúde pública, pode-se afirmar que a idéia da PS está contida na concepção de Wislow, em 1920:

a Promoção da Saúde é um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma 'maquinaria social' que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde (WISLOW, 1920, p. 23 apud BUSS, 2003).

Como enfatiza Restrepo (2001), no século XIX já eram reconhecidos os importantes efeitos exercidos pelas condições de vida no estado de saúde de uma população, em especial mediante o movimento conhecido como Medicina Social, que indicava a necessidade de políticas públicas intersetoriais e de natureza mais integral.



Como leitura complementar sobre os antecedentes da PS contemporânea, indicamos o texto *Antecedentes históricos da Promoção da Saúde*, de Helena Restrepo, publicado em 2001, incluído no CD e no AVA do curso.

A primeira referência ao termo, no entanto, é atribuída por vários autores ao sanitarista norte-americano Henry Sigerist, em publicação de 1941, quando reordenou as funções da medicina, como: promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação dos enfermos e reabilitação. Esta reordenação se realizaria mediante um programa de saúde que incluía **educação livre para a população, meios de recreação e descanso, melhores condições de vida e trabalho, sistema público de saúde universal com ações de prevenção e recuperação da saúde, bem como centros médicos de pesquisa e formação**; e destacava a importância de uma ação coordenada dos políticos, médicos, educadores e outros setores, como empresas e sindicatos. Algumas concepções contidas na sua proposição traziam um ideário próximo ao que seria proposto depois, em 1986, na 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa (TERRIS, 1996; RESTREPO, 2001; BUSS, 2003; ANDRADE, 2006).

No século XX, na década de 1940, nos Estados Unidos surge o movimento preventivista, com base no paradigma da história natural da doença, de Leavell e Clarck, que redefiniram o conceito de prevenção – **primária, secundária, terciária** –, tendo sido este novo discurso incorporado em sua totalidade pela prática médica (AROUCA, 2003). O conceito de Promoção da Saúde como parte da prevenção primária, no período da pré-patogênese, estava relacionado à melhoria das condições de vida e voltado às pessoas saudáveis.



Para mais informação sobre as várias interpretações do conceito de Promoção da Saúde, leia *Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde*, de Paulo Buss, publicado em 2003, que se encontra no CD e AVA do curso.

Com a transição epidemiológica, isto é, a mudança dos padrões de adoecimento das doenças infecciosas para as doenças crônicas não-transmissíveis, destaca-se o *Relatório Lalonde*, que traz princípios valiosos à Promoção da Saúde contemporânea, dentre os quais se pode ressaltar a correlação entre saúde, desenvolvimento econômico e justiça social. Este documento, segundo Rootman et al. (2001) e Buss (2003), teria organizado o campo da Promoção da Saúde colocando-o no contexto do pensamento político-estratégico.

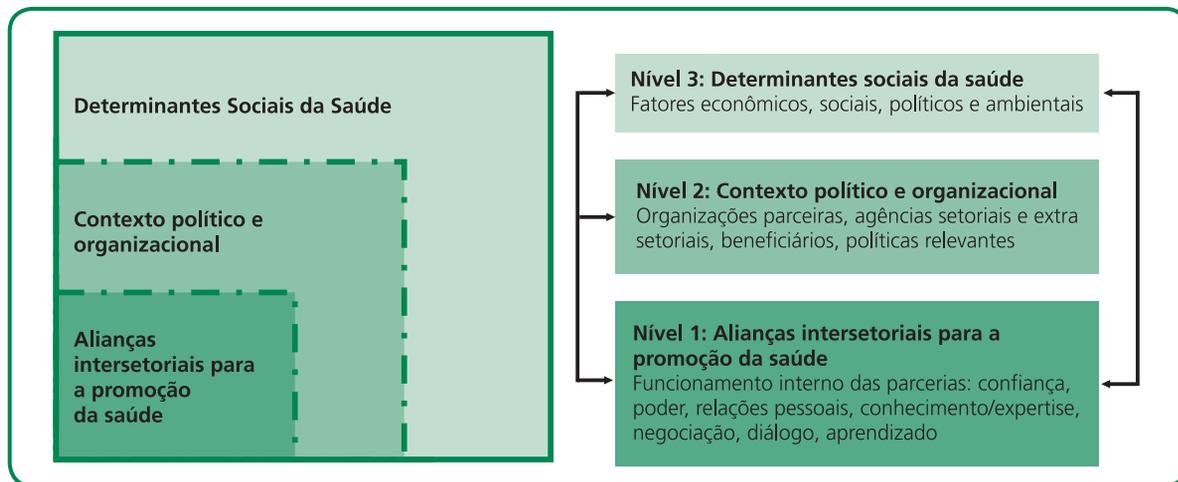
Outro marco histórico foi a 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, já citada, que produziu a Declaração de Alma Ata, em 1978, trazendo como eixo filosófico e metodológico a Atenção Primária em Saúde (APS) (BRASIL, 2001). Este documento reafirma a intrínseca relação entre saúde e os fatores sociais e econômicos, colocando na agenda da saúde a questão da equidade e

introduzindo o tema da **intersectorialidade** como exigência fundamental para o alcance das metas em saúde reconhecida como conceito positivo e de qualidade de vida.

Segundo o *Relatório Final da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde* (2008), a compreensão da importância de uma relação de influência mútua é fundamental, conforme pode ser visualizado na Figura 1, ressaltando que a sustentabilidade das intervenções está condicionada a políticas governamentais mais amplas que favoreçam o setor saúde e vários outros setores:

Intersectorialidade é compreendida como ações e/ou intervenções sobre os determinantes sociais em um movimento de corresponsabilização por parte das organizações públicas e seus parceiros – **setor privado, organizações da sociedade civil** – objetivando elevação dos padrões de qualidade de vida e promoção do bem-estar coletivo, numa rede de relações, conforme destacado pelo *Relatório Final da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde* (2008).

Figura 1 – Mediações na promoção à saúde



Fonte: Adaptado de Tesoriero (2002).

Decorridos 30 anos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) renovou a discussão acerca da APS com a publicação do relatório intitulado: *Atenção Primária em Saúde, mais necessária do que nunca* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). São recuperados valores e princípios da APS que orientam o desenvolvimento dos sistemas de saúde, contidos em quatro conjuntos de reformas que refletem a convergência desses valores, as expectativas dos cidadãos e alguns desafios comuns de natureza transversal para o desempenho dos sistemas de saúde. São as reformas em prol da cobertura universal, da prestação de serviços, das políticas públicas e as de liderança. Naquelas relativas às políticas públicas, a Promoção da Saúde entendida como política destaca, entre outros itens, a integração das intervenções de saúde pública e a APS, bem como a aplicação de políticas saudáveis intersectoriais.

Você pode saber mais sobre esse relatório no site da OMS: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf (versão em inglês) ou http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf (versão em espanhol)

A promoção da saúde contemporânea, fundamentada na *Carta de Ottawa* (1986), revitaliza o debate sobre a situação de saúde e os processos sociais, colocando a saúde como um bem público universal e trazendo uma visão sistêmica na qual está colocado o enfrentamento das desigualdades sociais.

Empowerment é compreendido como fortalecimento de indivíduos e grupos em seus recursos sociais, culturais e espirituais, de modo a construir maior poder de intervenção sobre a realidade, influenciar decisões políticas e gerar modificações nos determinantes sociais da saúde e qualidade de vida concretizadas em atividades que viabilizam o acesso à informação em saúde, desenvolvem habilidades, promovem a participação nos processos decisórios e de formação das agendas políticas que afetam a saúde, dentre outras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995; BRASIL, 2001).

A *Carta de Ottawa*, segundo Kickbusch (1996; 2007), teve por finalidade voltar a situar a saúde da população num ponto central, no reconhecimento de que a promoção da saúde trata de um novo tipo de política pública, que tem por base os determinantes sociais da saúde. Segundo a mesma autora (2007), a PS valoriza a necessidade de integração do pensamento político à saúde, recuperando em outras bases a importância do contexto e de uma atenção política que mantivesse o foco nos determinantes sociais (a **antiga saúde pública**), sem esquecer, ao mesmo tempo, o compromisso com o *empowerment* individual e comunitário (a **nova saúde pública**).

No Brasil, o debate em torno da PS recoloca, de forma politizada, a questão dos determinantes sociais da saúde, isto é, identifica-a com a noção de qualidade de vida, em contraposição ao reducionismo biomédico, e introduz o tema da intersetorialidade como questão fundamental para o alcance dos objetivos em saúde.



Para explicitação da Promoção da Saúde, tal como concebida contemporaneamente como estratégia que incorpora a importância e o impacto dos determinantes sociais sobre as condições de saúde, recomendamos a leitura do documento *Projeto de Promoção da Saúde. Declarações das conferências da Promoção da Saúde*, publicado em 2001 pela Secretaria de Políticas de Saúde do MS e da Carta de Bangcoc (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005), que podem ser encontrados no CD e AVA do curso.

As estratégias de promoção da saúde no Brasil propõem mudanças em pelo menos três âmbitos, a saber:

- do sistema de atenção à saúde, no qual se impõem a desmedicalização e a reorientação dos serviços, de modo que possam acolher e apoiar indivíduos e grupos na construção da autonomia e do *empowerment vis-à-vis* no planejamento e desenvolvimento de ações específicas de Promoção da Saúde, no âmbito da atenção básica e das estratégias de saúde da família;
- da gestão e do desenvolvimento local, em que se implementam ações intersetoriais pela saúde e qualidade de vida, como resultado e como motivação para o *empowerment* das populações e sujeitos;
- da formulação de políticas e diretrizes gerais para o desenvolvimento sustentável e com qualidade de vida (CARVALHO, 2007).

ATIVIDADE 1

Recomendamos ler o texto (traduzido) que está no CD e no AVA do curso, intitulado *Histórico da Promoção da Saúde no Brasil*, de autoria de Antônio Ivo de Carvalho, Márcia Faria Westphal, Vera Lucia Góes Pereira Lima, publicado em 2007.

Em seguida, reflita com a sua equipe sobre as questões que seguem, considerando, sempre, a sua experiência.

1. Que aspectos relacionados à compreensão de promoção da saúde como política você destacaria?
2. O que pode significar, para sua prática, os princípios e valores do paradigma da promoção da saúde centrado nos sujeitos e seus contextos?

Lembre-se de registrar a síntese de suas análises no Diário de Estudos.

A Política Nacional de Promoção da Saúde

O referencial inspirado no *Relatório Lalonde* (1974), da *Atenção Primária de Saúde* (1976), nas *Cartas Internacionais da Promoção da Saúde* (1986-2005) e no *Movimento da Reforma Sanitária Brasileira* (1986) orientou a formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) na sua recente inserção no Sistema Único de Saúde, institucionalizada pela portaria ministerial n. 687, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006).

Segundo a PNPS, o paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas se realize por meio da construção e da gestão compartilhadas. Desta forma, o agir sanitário envolve fundamentalmente o estabelecimento de uma rede de compromissos e corresponsabilidades em favor da vida e da criação das estratégias necessárias para que ela exista. A um só tempo, comprometer-se e corresponsabilizar-se pelo viver e por suas condições são marcas e ações próprias da clínica, da saúde coletiva, da atenção e da gestão, ratificando-se a indissociabilidade entre esses planos de atuação.

Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal que confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades,

territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Esse enfoque da PS requer uma proposta de gestão e organizacional abrangente que envolve o eixo político da Promoção da Saúde, entendendo-a como uma política de saúde e campo da saúde pública.

ATIVIDADE 2

Para realização desta atividade leia o texto da Política Nacional de Promoção da Saúde, disponível no CD e na biblioteca do curso, e desenvolva as questões a seguir.

1. Destaque as responsabilidades do gestor nos níveis federal, estadual e municipal. Faça correlações com suas atividades de gestão, de acordo com a sua inserção no sistema de saúde.
2. Quais são os setores no seu território, município ou região que devem estar articulados, visando à qualidade de vida?
3. No seu território, município ou região já existe algum projeto e/ou trabalho intersetorial estruturante para a criação de ambientes saudáveis, na ótica da promoção da saúde?
4. Quais são os principais limites do gestor no uso dos recursos para a reorganização das ações que incluam os determinantes sociais da saúde e a mediação com outros atores do território?
5. Considerando a sua experiência e a leitura do texto da PNPS, como você avalia, no campo da prática, a participação e o controle social dos Conselhos de Saúde?

Anote suas observações para subsidiar a participação no fórum que será aberto pelo seu tutor.

A saúde e seus determinantes

Outro ponto importante é o entendimento de que a relação entre organização e desenvolvimento de uma sociedade e a situação de saúde de sua população não é linear, colocando a necessidade de estabelecer hierarquização nas determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica e política e as mediações entre as quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde dos grupos e das pessoas.

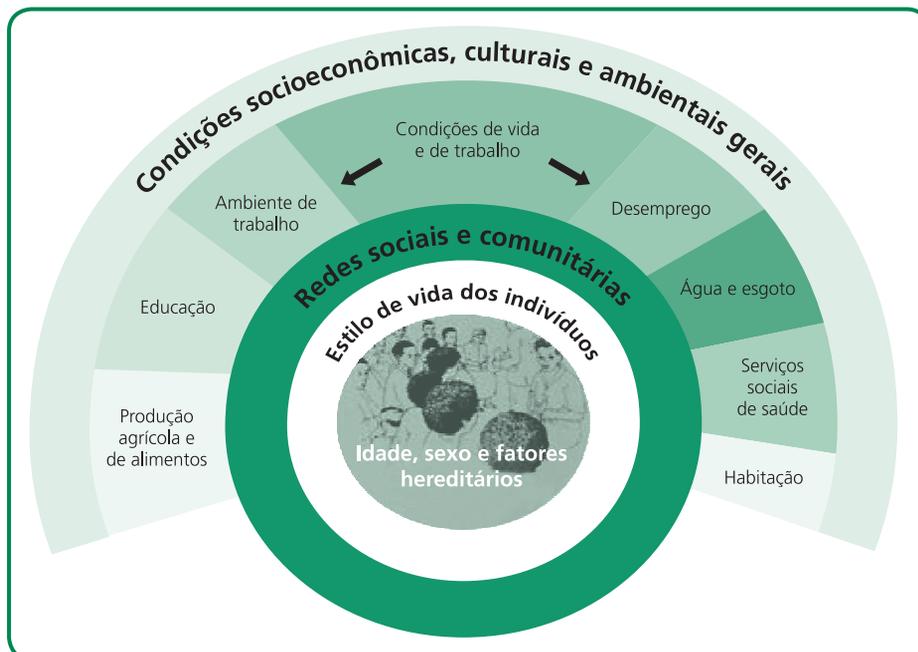
Essa relação entre a saúde e seus determinantes sociais é preocupação presente na saúde pública latino-americana desde a década de 1970, resgatando um quadro conceitual que aborda a saúde como um conjunto de ações voltadas para o desenvolvimento local (BUSS; RAMOS, 2000).

Em nosso país enfatiza-se que, para compreender, planejar e gerir ações de PS, é fundamental reconceitualizar as necessidades de saúde na consideração da saúde como conceito positivo, que requer a incorporação dos múltiplos determinantes sociais, acentuando os recursos sociais e pessoais, assim como as atitudes físicas. Dessa forma, a PS não concerne exclusivamente ao setor sanitário, mas requer integração de novos atores, colocando em prática políticas públicas favoráveis à saúde e fortalecendo as estruturas e processos em todos os setores.

O estudo dessas mediações permite também identificar onde e como devem ser feitas as intervenções com o objetivo de diminuir as iniquidades em saúde, isto é, os pontos mais sensíveis nos quais estas intervenções podem causar maior impacto (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A seguir está a Figura 2, que permite visualizar os determinantes sociais nas suas várias dimensões:

Figura 2 – Determinantes da saúde



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991 apud COMISSÃO NACIONAL..., 2008).

Recomendamos que você visite o site www.determinantes.fiocruz.br para um aprofundamento sobre as principais concepções relativas aos determinantes sociais de saúde.

O debate sobre os determinantes sociais de saúde coloca como base para entendimento da influência desses determinantes na produção da doença a compreensão das diferenças entre os conceitos de desigualdades e iniquidades.

Iniquidades são desigualdades de saúde que, além de sistemáticas e relevantes, são evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 2000).

Desigualdades são diferenças sistemáticas na situação de saúde de grupos populacionais.

Essa compreensão da produção social da doença insere no centro do debate atual o enfrentamento das **iniquidades em saúde**. Trata-se de uma visão dos determinantes como processos sociais, econômicos, políticos e culturais geradores de iniquidades, o que justifica uma profunda reorientação das políticas e intervenções públicas, visando promover e proteger a saúde e diminuir as **desigualdades** em saúde.

ATIVIDADE 3

Leia o artigo *A saúde e seus determinantes*, de autoria de Buss e Pellegrini Filho (2007), disponível no CD e AVA do curso.

A seguir, reflita com sua equipe sobre essas questões.

1. Qual seu entendimento sobre a relação entre a organização e desenvolvimento de uma sociedade e a situação de saúde de sua população?
2. Quais as diferenças entre os determinantes de saúde dos indivíduos e os de grupos e populações, na explicação das diferenças de morbidade e mortalidade evidenciadas entre os diferentes grupos sociais? Pense no seu território, município ou região.

Registre suas reflexões no Diário de Estudos para retomá-las sempre que necessário.



Para conhecer melhor as funções e habilidades esperadas do gestor de saúde e social, leia a *Unidade Didática 4-B Programa em Desenvolvimento Local e Gestão Social em Saúde*, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de 2007, disponível na biblioteca do curso e no CD.

Dessa forma, a dimensão da gestão da promoção da saúde requer a consideração da complexidade da determinação do processo saúde-doença, bem como da dinâmica das relações entre os diversos atores envolvidos (pessoas, organizações, coletividades). Assim, a esfera da construção de agendas do gestor necessita incorporar pensamentos e concepções para subsidiar uma nova maneira de planejar e gerir as práticas de promoção da saúde e desenvolvimento social – o que exige a compreensão do planejamento como relação interativa e a adoção da negociação cooperativa como meio estratégico possível.

A gestão da promoção da saúde traz a necessidade de que o gestor se assuma como um **gestor social em saúde**, na ótica da gestão social, isto é,

de somar às funções tradicionais, como as competências de planejamento, gestão administrativa, de condução ou de manejo de recursos humanos e financeiros, a ênfase às dimensões sociais do processo saúde-doença mediante a busca das alianças intersetoriais e a garantia da participação social. Cabe ao gestor adquirir habilidades técnicas e estratégicas para o desenho de projetos comunitários em rede, com a utilização de ferramentas comunicacionais de informação.

Apresentamos a seguir uma situação ilustrativa de visões e discussões muito importantes para a gestão do sistema de saúde na perspectiva da promoção da saúde. Tal situação procura provocar reflexões sobre a ênfase dada às dimensões sociais do processo saúde-doença mediante a articulação de atores e a participação social. Além disso, destaca a necessidade do gestor adquirir habilidades técnicas e estratégicas para o desenho de projetos comunitários.

DETERMINANTES SOCIAIS: CONHECER E/OU TRANSFORMAR?

Em uma reunião com representantes dos conselhos municipais de saúde de 80 municípios com menos IDH para discutir os critérios de alocação de recursos voltados para a promoção da saúde, alguns impasses foram observados:

O representante de um desses conselhos questionou a alocação de recursos para um projeto destinado a fomentar a atividade física, com a contratação de profissionais para acompanhar idosos dos programas de hipertensão em caminhadas matinais pelas ruas da cidade:

– Isto é um absurdo! Nossos velhos passaram toda a vida caminhando grandes distâncias. O que nós precisamos é cuidar de nossas crianças que estão largadas nas ruas por falta de escolas, ou de praças e lugares de lazer.

– Eu concordo, mas acho também que precisamos contratar bons profissionais para fazer ações para melhorar a qualidade de vida das crianças e dos idosos. O problema é que no meu município o dinheiro acaba indo para as mãos do prefeito que não aceita discutir nada com o Conselho de Saúde, apontou a representante dos usuários do conselho de Mauá, uma senhora de 65 anos.

O representante do Ministério da Saúde interveio na discussão lembrando que há outras ações previstas para serem desenvolvidas nos municípios, tais como o programa de saúde escolar e o fomento à articulação entre os diversos órgãos responsáveis pela área social nos municípios:

– Há um recurso para a organização de Planos Territorializados e Interseoriais. Será uma forma de definir os problemas que cada região ou bairro entende como sendo as prioridades que o governo, junto com os atores da sociedade civil e também do setor privado, deve investir.



Esta fala causou uma grande polêmica entre os participantes:

– Que negócio é esse de setor privado decidir prioridades no município? Eles só querem levar vantagem e ganhar dinheiro com a desgraça do povo.

– Acho muito importante essa abertura para a participação dos atores que contribuem para o desenvolvimento da região. Lá no meu bairro, a instalação de uma fábrica de calçados ajudou na geração de renda e agora eles estão abrindo uma escolinha de futebol para os meninos não ficarem à toa na rua. Eles também estão ajudando a levantar o grupo de frevo que estava muito devagar.

– Precisamos ter cuidado com a participação das ONGs que atuam nas regiões mais pobres do município. Apesar de bem intencionadas, elas acabam por substituir a participação direta dos maiores interessados no problema. Negociam com o Executivo e Legislativo e, nos locais de atuação do tráfico, as associações de moradores ficam reféns ou são um braço do poder paralelo.

Em meio a posições tão polarizadas, os organizadores da reunião ressaltaram que cada município poderá apresentar seus projetos desde que sigam as prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Fonte: Situação-problema produzida no âmbito do Curso de Especialização em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social da Ensp/Fiocruz, 2007.

ATIVIDADE FINAL DO MÓDULO 10

Leia atentamente a situação “Determinantes sociais: conhecer e/ou transformar?”, considere os temas tratados anteriormente, os textos lidos e os registros do Diário de Estudos para embasar os seus argumentos frente às questões a seguir.

1. Reflita sobre os argumentos na definição de prioridades apresentados na reunião com os representantes dos conselhos municipais da saúde. Eles consideraram a perspectiva da promoção da saúde? O que gera saúde na opinião dos participantes?
2. Trace um breve panorama da situação de saúde de seu território, com base em dados, informações e conhecimentos sobre as iniquidades em saúde geradas por dois ou mais determinantes sociais.
3. Quais são as prioridades em relação às ações de promoção da saúde, considerando os determinantes sociais de seu território, município ou região? No que diferem das que foram apontadas na referida reunião?
4. Em que medida a participação e o controle social dos Conselhos de Saúde podem agir sobre os determinantes, visando uma atuação que realmente incida sobre as suas necessidades?

Depois de concluir a atividade, envie para o tutor, por meio do AVA, pela ferramenta Envio de Atividades.

Referências

- ANDRADE L. O. M de. *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- AROUCA, A. S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: EdUnesp; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006*. Brasília, 2006.
- _____. Secretaria de Políticas de Saúde. *Declarações das Conferências de Promoção da Saúde*. Brasília, 2001.
- BUSS P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 15-38.
- _____; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan./abr. 2007.
- _____; RAMOS, C. L. Desenvolvimento local e Agenda 21: desafios da cidadania. *Cadernos da Oficina Social*, Rio de Janeiro, v. 3, p. 13-65, 2000.
- CARVALHO, A. I.; WESTPHAL, M. F.; LIMA, V. L. L. Histórico da promoção da saúde no Brasil. *Promotion & Education*, v. 1, p. 7-12, 2007. Edição Especial.
- CARVALHO, S. R. *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE. *Rumo a um modelo conceitual para a análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde: ensaio para apreciação da Comissão...* 5 maio 2005. Rascunho preparado para a segunda reunião da Comissão... Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2_CSDH_Conceptual%20Framework%20-%20tradução%20APF.pdf>. Acesso em: 5 maio 2009.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (Brasil). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão...* Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2009.
- KICKBUSCH, I. Avanzar hacia una nueva salud pública. *Promotion & Education*, Paris, n. 2, 56-57, 2007. Edição especial.
- _____. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: PROMOCIÓN de la salud: una antología. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1996. p. 15-24. (Publicación Científica, 557).
- LALONDE, M. El concepto de "campo de la salud": una perspective canadiense. In: PROMOCIÓN de la salud: una antología. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1996. p. 3-5. (Publicación Científica, 557).
- _____. *A new perspective of the health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1974.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Programa em desenvolvimento local e gestão social em saúde*. [S.l.], 2007. cap. 2, p. 5. (Unidade Didática 4-B).

RESTREPO, H. E. Antecedentes históricos de la promoción de la salud. In: _____; MÁLAGA, H. *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Internacional, 2001. p. 15-23.

ROOTMAN, I. G. et al. A framework for health promotion evaluation. In: _____ et al. (Ed.). *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. [S.l.]: World Health Organization, 2001. (WHO Regional publications. European series n. 92).

TARLOV, A. Social Determinants of health: the sociobiological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. (Ed.). *Health and social organization*. London: Routledge, 1996. p. 71–93.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: PROMOCIÓN de la salud: una antología. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1996. p. 339-351. (Publicación Científica, 557).

TESORIERO, F. *An examination of contemporary health promotion partnership and the factors which influence their formation and effective working*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Flinders University Adelaide, Australia, 2002.

WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health*. Geneva: World Health Organization, 2000. (EUR/ICP/RPD 414, 7734r).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Renewing the health-for-all strategy: guiding principles and essential issues for the elaboration of a policy for equity, solidarity and health: consultation document*. Geneva, 1995.

_____. *The Bangkok charter*. Geneva, 2005.

_____. *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva, 2008.

11. Articulação intersetorial na gestão para a promoção da saúde

Lenira Zancan, Antônio Ivo de Carvalho, Maria de Fátima Lobato e Rosa Maria da Rocha



No módulo anterior abordamos os aspectos teóricos e o movimento de constituição da Promoção da Saúde como política e como intervenção estratégica sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. No presente módulo vamos conhecer e discutir alguns mecanismos de operacionalização desta perspectiva “radical” da promoção da saúde (FERREIRA; BUSS, 2002) por meio de programas e iniciativas voltadas para processos mais amplos de mudança social e garantia dos [direitos de cidadania](#).

Cidadania e direitos de cidadania, segundo Maria Victoria Benevides, “dizem respeito a uma determinada ordem jurídico-política de um país, de um Estado, no qual uma Constituição define e garante quem é cidadão, [e] que direitos e deveres ele terá (...). A ideia da cidadania é uma ideia eminentemente política que não está necessariamente ligada a valores universais, mas a decisões políticas” (BENEVIDES, [200?], p. 4).

Para tanto, tomaremos como referência experiências de inovação na gestão pública que vêm se desenvolvendo a partir dos anos 1980, no Brasil, e que corroboraram a construção de mecanismos de gestão intersectorial e participativa por meio de processos de:

1. inversão da lógica presente nas organizações públicas, onde predomina o trabalho fragmentado e setorializado;
2. valorização dos saberes técnicos envolvidos na formulação e implementação de políticas, com investimento em recursos humanos conduzindo-os a uma atuação articulada;
3. incremento da participação e organização social dos diversos segmentos da sociedade e na construção de redes de articulação e parcerias (ZANCAN, 2003).

Em outras palavras, iremos debater as possibilidades e limites de um modelo de gestão para a Promoção da Saúde que emprega os princípios da participação e corresponsabilização da população, da

Situações-problema são relatos sobre o cotidiano de atuação dos alunos elaborados por equipe de especialistas, visando cobrir todos os elementos essenciais do currículo. É uma metodologia que estimula uma atitude ativa do aluno em busca do conhecimento, pois, da reflexão acerca da realidade, surgirão os conteúdos que devem ser abordados no processo de formação. No processamento de uma **situação-problema** serão gerados temas e questões de aprendizagem que orientarão a busca ativa por conteúdos (informações, conceitos, estratégias e outros) capazes de fomentar o diálogo e enriquecer a discussão sobre o problema.

O roteiro “Fóruns de processamento das situações-problema” está disponível na biblioteca do curso, no AVA.

interdisciplinaridade, da gestão integrada de recursos e da utilização de múltiplas estratégias de ação (BODSTEIN; ZANCAN, 2002).

Em termos de estratégias pedagógicas, iremos realizar **atividades e questões para reflexão** relacionadas ao texto-base e aos textos complementares e iniciaremos o processamento de uma **situação-problema** intitulada **Município Saudável**. Neste módulo você terá oportunidade de definir uma questão de aprendizagem, com base em uma situação descrita, mais adequada ao seu contexto de prática, que possa subsidiar as ações de promoção da saúde em desenvolvimento no seu serviço, município ou região.

Ou seja, a metodologia aqui proposta difere do **estudo de casos** e da **situação** apresentada no módulo anterior, pois **não há definição prévia da questão de aprendizagem**, cabendo aos grupos/equipes locais definir qual questão entendem como fundamental para ser “respondida” por meio de busca ativa de referências da prática e da teoria. Seguindo o roteiro de processamento, a busca ativa e a síntese da questão de aprendizagem deverão ser realizadas ao final do próximo módulo, somando-se ao aprendizado das demais questões propostas nesta unidade de aprendizagem.

Para início de conversa

Antes de seguirmos no debate conceitual e revisitarmos as experiências e espaços institucionais de gestão intersetorial e participativa que foram se configurando no Brasil, propomos que você faça a leitura e inicie o processamento da situação-problema **Município Saudável**.

Para a reflexão proposta, neste primeiro momento você deve discutir a situação seguindo os **passos de 1 a 5** que fazem parte do documento “Fóruns de processamento das situações-problema”, aqui reproduzidos :

1º passo – Leitura da situação, identificação e esclarecimento de dúvidas de redação e compreensão do texto.

2º passo – Identificação dos problemas propostos pelo enunciado.

3º passo – Formulação de hipóteses explicativas dos problemas relacionados à situação discutida. Resgate de experiências similares.

4º passo – Definição/acordo da turma/equipe acerca das hipóteses explicativas centrais da situação.

5º passo – Formulação de objetivos/questões de aprendizagem.

Um fórum será aberto pelo seu tutor para a discussão e construção da questão de aprendizagem. Considere **mais importante** o processo de construção, a busca ativa e a aprendizagem significativa do que os resultados deste exercício em termos de respostas à questão de aprendizagem definida.

SITUAÇÃO-PROBLEMA: MUNICÍPIO SAUDÁVEL

Numa perspectiva intersetorial e participativa, a prefeitura de um município de médio porte instituiu um grupo de trabalho (GT) responsável por elaborar um projeto nomeado Município Saudável. O GT foi formado por representantes das Secretarias de Saúde, Educação, Planejamento e Desenvolvimento Urbano e coordenado pela titular da Secretaria de Promoção Social, que convidou Paulo, seu secretário executivo, para dar continuidade à coordenação do GT.

A primeira ação do grupo foi a realização de levantamento dos diversos programas e projetos em desenvolvimento em cada secretaria voltados para a diminuição dos altos índices de abandono e repetência escolar, dependência química (drogadição) e gravidez na adolescência entre a população de jovens de 10 a 18 anos.

Com base nesse levantamento, Paulo organizou uma oficina visando identificar as interações e estratégias comuns a serem pactuadas entre as diversas secretarias. Alguns problemas para o sucesso da proposta de gestão integrada foram discutidos.

O representante da Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Urbano declarou sua dificuldade em participar do grupo na medida em que não identificou nenhum programa específico relacionado aos problemas definidos como prioritários.

Os representantes das Secretarias de Educação e Saúde enunciaram a dificuldade de ter um diagnóstico da situação, pois cada um dos setores tem bancos de dados e informações coletadas e disponibilizadas de forma diferenciada, impossibilitando avaliar conjuntamente os resultados que são alcançados pelos inúmeros programas em desenvolvimento. O exemplo dado pela representante da saúde ilustra a complexidade do problema:

– A informação coletada pelos agentes comunitários de saúde sobre escolaridade e gravidez na adolescência é irregular (depende da sensibilidade da equipe) e não possibilita comparações com os dados obtidos por meio das

Coordenadorias Regionais de Educação ou do DATASUS. No caso da drogadição, existem equipes de controle da dependência química em alguns centros de saúde do município, mas não existem em outros. A integração do trabalho dos centros de saúde e das escolas num mesmo bairro ou comunidade é também um problema que precisamos analisar.

A representante da Educação ainda ponderou que o problema de repetência ou abandono precisa ser visto em relação à história de exclusão que grande parte da população brasileira foi vítima até hoje:

– Vocês sabem que 49% dos idosos são analfabetos no Brasil; são os avós e os pais dos adolescentes que estamos recebendo em nossas escolas e postos de saúde. Eu acredito que devemos envolver também outros setores, como cultura, esporte e lazer.

Com vistas à continuidade do trabalho do grupo, foram propostas mais duas oficinas. Uma envolvendo os profissionais mais engajados dos diversos programas identificados e outra para troca de experiência com outras iniciativas municipais de ações integradas de políticas públicas. Houve ainda a ideia de realizar oficinas por bairro ou região do município no sentido de envolver a população e as entidades locais na discussão desses problemas e na busca de soluções integradas.

Paulo, entretanto, sem clareza dos objetivos das oficinas, optou por agendar um novo encontro do GT para definir melhor as próximas etapas do projeto.

Fonte: Situação-problema produzida no âmbito do Curso de Especialização em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social da Ensp/Fiocruz, 2008.



Durante todo este módulo e até o final do Módulo 12, “Territórios da promoção da saúde e do desenvolvimento local”, você deverá realizar os passos de 6 a 8 descritos a seguir e enviar a **síntese da questão de aprendizagem** ao seu tutor.

6º passo – Busca ativa de recursos (textos, artigos, entrevistas, vídeos, relatórios etc.) para “responder” à questão de aprendizagem.

7º passo – Síntese do resultado da busca ativa. A síntese deve ser curta e oferecer as referências utilizadas.

8º passo – Rediscussão do problema frente aos novos conhecimentos adquiridos na fase de estudo e avaliação do processo de ensino-aprendizagem.

A intersectorialidade como mecanismo de ampliação do espaço público

A partir da década de 1980 e, em especial, durante os anos 1990, com a democratização do país e a promulgação da chamada “Constituição Cidadã” em 1988, intensificaram-se os processos de inovação nas políticas públicas, nas relações entre o Estado e Sociedade, com a emergência de experiências de gestão participativa e intersetorial em todos os cantos do país. Tais experiências expressam tanto a necessidade e o desejo de desenvolver ações intersetoriais como as dificuldades encontradas para criar formatos viáveis para a sua execução – em termos de políticas e desenhos organizacionais e gerenciais.

A sistematização e publicação dessas experiências contaram com o apoio do Programa de Gestão Pública e Cidadania, que instituiu em 1996 a premiação de inovações na gestão de unidades subnacionais, com 20 experiências premiadas a cada ano, até o ano 2005. Outro apoio importante vem do Instituto Polis, que mantém uma biblioteca virtual como *Relatos e Dicas para uma Gestão Eficaz*. São dessas duas referências que compilamos as experiências que irão ilustrar nossa discussão neste módulo.

Não vamos aqui superdimensionar os avanços e as conquistas das últimas décadas; ainda há muito por fazer considerando os dramáticos quadros de desigualdades nas condições de vida e iniquidades de todas as ordens, expressas no *Relatório da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde* (2008). Porém, muito já se experimentou, e refletir sobre as lições da prática pode oferecer novos e bons caminhos para a concretização do direito à saúde.

Nas palavras de Mendes e Akerman (2007, p. 96), “A prática da intersectorialidade aponta que não há receitas, metodologias consagradas ou evidências estabelecidas. Há, sim, algumas experiências, tentativas, erros e acertos”.

O que de fato se intensifica, nessa década e no início dos anos 2000, são processos de interação entre os entes da federação – municípios, estados e União – e entre setores e atores intramunicipais para garantia dos direitos constitucionais. Tais processos promoveram a emergência de novos espaços de participação, negociação e pactuação de programas e políticas e de definição de prioridades na alocação dos recursos,



Encontra-se disponível no CD e na biblioteca do curso uma síntese do Programa da Fundação Getúlio Vargas e a coletânea de artigos *Novos contornos da gestão local: conceitos em construção*. Para mais informações, acesse <http://www.fgv.br/inovando/> e <http://www.polis.org.br/>

Espaço público, segundo Hannah Arendt (1995) – ou “espaço associativo” –, é o lugar do exercício da liberdade, emergindo sempre que os homens agem numa ação coordenada, implicando o reconhecimento da igualdade como um valor em si mesmo: a ascensão dos homens no espaço público coloca a questão da visibilidade desses mesmos homens, uns em relação aos outros, e de suas demandas.

a exemplo do orçamento participativo e outras modalidades de escuta de demandas e vocalização de interesses da população, em especial dos mais pobres. Em outras palavras, com a (re)democratização do Estado ampliou-se o **espaço público** e emergiram novos atores.

Jürgen Habermas (1984), ao construir seu modelo dialógico de **espaço público**, afirma que a modernidade emerge com a promoção do social ou de uma esfera pública autônoma, que reivindica um espaço de discussão dos indivíduos com as autoridades constituídas, de forma que suas demandas sejam legitimadas publicamente. Essa é então a ideia-força de uma sociedade democrática em que as políticas de atendimento às necessidades sociais são definidas visando ao bem comum e à garantia de acesso universal aos direitos de cidadania.

A intersetorialidade como mecanismo de governança

Governança é um termo empregado para compreender as novas configurações institucionais voltadas para a ampliação da participação da sociedade na gestão das políticas públicas. Há muitas concepções e definições que atribuem maior ou menor ênfase ao papel do Estado na regulação dos processos de negociação entre distintos atores – governamentais e não-governamentais. Por ora aceitemos uma definição genérica: “governar, do ponto de vista da governança, é sempre um processo interativo, porque nenhum ator, público ou privado, dispõe dos conhecimentos ou recursos necessários para resolver sozinho o problema” (LEVY, 2002, p. 180).

Desta concepção de governança resultam novos processos de gestão que têm como ênfase a mobilização dos diversos recursos do governo, da sociedade e dos entes privados para o sucesso das políticas públicas. Isso seria também responsável pela ampliação do espaço público por “desenvolver o **capital social** e criar as condições necessárias a uma atividade econômica e política eficaz” (idem). A incorporação de novos atores na arena política possibilitaria, de um lado, a democratização e o fortalecimento da cidadania; de outro, encontraria a possibilidade de novos arranjos institucionais para vencer os desafios de desenvolvimento econômico e social.

Para Putnam (2005), as noções de **capital social** e **sistemas de participação cívica** servem para discutir as possibilidades de cooperação social visando ao bem comum. O “capital social” se refere a algumas características relevantes da organização social, tais como confiança, normas e sistemas que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas. Já os “sistemas de participação cívica” dizem respeito às organizações institucionais da sociedade, incluindo as associações comunitárias, as cooperativas, os clubes esportivos, os sindicatos e os partidos políticos de massa. Assim, a possibilidade de cooperação entre os membros de uma comunidade depende do grau de desenvolvimento dos sistemas de participação.

Vale ressaltar que não estamos defendendo aqui uma substituição ou mesmo complementaridade nos papéis do Estado e da sociedade civil na realização das políticas públicas frente à pobreza e às desigualdades sociais. O que se afirma é que a sociedade civil deve participar ativamente na garantia dos direitos sociais, observando o princípio de que somente o Estado pode garantir um novo pacto político de inclusão que tome por base a cidadania, cabendo à sociedade civil impulsionar a capacidade reguladora do Estado. Exemplo desse impulso e participação são movimentos como a Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida ou Contra o Trabalho Infantil, em que o Estado assume responsabilidades no âmbito da segurança alimentar e da fiscalização de empresas nas suas relações de trabalho. Tais responsabilidades já existiam em forma de leis, mas não eram exercidas de fato. Iniciativas como estas foram impulsionadoras da mobilização social e da expansão das responsabilidades também da sociedade civil e do mercado com as necessárias mudanças no padrão de gestão pública e de desenvolvimento brasileiro – tradicionalmente autoritário e excludente.

É imprescindível, todavia, manter um espírito crítico em relação a estas **novas institucionalidades**, pois as tensões e dificuldades nas relações entre as instituições da sociedade civil e as insuficiências das instituições que fazem o elo entre os setores público, privado e voluntário podem, de fato, conduzir ao fracasso.

Nesse sentido, é importante nos determos em alguns temas recorrentes que se traduzem em mecanismos de garantia de maior ou menor sucesso, apreendidos das experiências em curso.

Negociação e pactuação

Os atributos necessários à gestão de políticas públicas na perspectiva da Promoção da Saúde não diferem daqueles observados para os gestores da saúde em geral:

(...) autonomia na avaliação, programação e operacionalização (...) capacidade de interagir com grupos da comunidade, com entidades de outros setores e com diferentes instâncias de poder da organização social (...) um negociador (SANTANA, 1997, p. 187, grifo nosso).

Negociação pode ser descrita como um processo no qual as partes envolvidas deslocam-se de suas posições originais, potencialmente divergentes, para um ponto no qual um acordo pode ser estabelecido. Um bom gestor é aquele capaz de analisar e interpretar o contexto social, político e institucional, criando as condições necessárias para a participação ampla de todos os atores e grupos sociais envolvidos. A negociação como processo de interação entre esses atores torna-se um instrumento gerador de consensos capaz de sustentar ou viabilizar propostas de ação conjuntas, mas também, como processo de disputa de posições e interesses divergentes – e por vezes incompatíveis –, define os limites do que pode ou não ser negociado.

De toda forma, por sua característica horizontal, portanto aberta e sem controle absoluto de nenhuma das partes, os processos de negociação trazem ganhos para todos os atores envolvidos: socialização de informações assimetricamente distribuídas; convivência entre atores heterogêneos; reconhecimento da complexidade dos problemas e ganho de aprendizagem da organização para lidar com as incertezas (SANTANA, 1997).

No âmbito interno do sistema de saúde, com a constituição de novos espaços de negociação e pactuação, acordos e consensos enfrentam inúmeras dificuldades em função da diversidade de interesses e valores em disputa. Isso é vivenciado cotidianamente nos conselhos municipais de saúde, nas instâncias de pactuação entre municípios, estados e União, nas instâncias de regulação e controle dos setores de prestação de serviços privados e entre os gestores dos serviços e fornecedores de insumos. Você já conhece bem os limites e contingências desses processos de negociação!

Entretanto, em relação aos processos de tomada de decisão em políticas públicas intersetoriais, qual é o *locus* de negociação? Quais são os

atores e interesses presentes no processo de negociação quando o que se quer é **promover** saúde?

Para refletir

Pense em uma situação de negociação que sua equipe já vivenciou no campo da Promoção da Saúde. Quais eram os atores envolvidos? Quais as disputas em pauta? Reflita e descreva sobre o processo e os resultados positivos e negativos para a população, para o sistema de saúde. O que você faria de diferente hoje?

Registre estas reflexões no Diário de Estudos.

Democratização da informação

Na **situação-problema Município Saudável**, uma questão enunciada é a fragmentação e incompatibilidade dos sistemas de informação disponíveis nos diversos setores da gestão pública. Ladislau Dowbor (2003) oferece uma ótima discussão sobre a proliferação de informações por intermédio de inúmeras iniciativas, com uso de diversificadas tecnologias da comunicação, sem que haja, contudo, uma efetiva apropriação dessas informações por parte da sociedade. O autor considera que a informação relevante é aquela que impulsiona o exercício da cidadania e amplia a capacidade de a população realizar escolhas e, por outro lado, apoia a formulação de políticas socialmente justas e ambientalmente sustentáveis. Segundo Dowbor (2003, p. 4),

O desafio, claramente, está no ordenamento da informação, nas metodologias de sistematização, no desenvolvimento de capacidade gerencial que torne a informação relevante acessível aos atores que tomam as decisões, no momento em que dela precisam.

Isso parece simples, e bastaria usarmos o bom senso. No entanto, é um problema extremamente relevante quando se busca atuar na Promoção da Saúde no sentido de mudanças na qualidade de vida. A complexidade, a heterogeneidade e a diversidade de condições de vida e saúde – ou de necessidades de saúde – do contexto brasileiro em geral e de cada localidade em particular não se expressam em nossos sistemas de informação. Não pela ausência de dados, pelo contrário, mas por sua “parcialidade” e “fragmentação”, levando-nos a perguntar: **para que e para quem estas informações são necessárias e relevantes?**

Os sistemas de informação são apresentados no *Caderno de Funções Gestoras e seus Instrumentos*.

ATIVIDADE 1

1. Leia o texto "Informação para a cidadania e o desenvolvimento sustentável", de Ladislau Dowbor (2003), que se encontra no CD e na biblioteca do curso, e responda: Quais as principais estratégias enunciadas para construção e disponibilização de informações que privilegiem a participação da sociedade nas decisões em políticas públicas?

2. Agora reflita sobre sua prática cotidiana e responda: Quais dos sistemas de informação disponíveis para o diagnóstico das condições de vida e saúde você utiliza em seu trabalho?

3. Faça uma consulta ao site do IBGE, clique no ícone Cidades e conheça o histórico e os indicadores disponíveis para seu município. Veja os dados da Pnad 2007 do seu estado e região, reflita sobre as desigualdades sociais e eleja um problema ou tema prioritário para a promoção da saúde em seu território de atuação. Justifique sua escolha.

4. Acesse o Portal da Transparência e verifique o volume de recursos repassados pelo governo federal ao município nos últimos quatro anos em relação ao problema/indicador selecionado.

5. Por fim, reflita sobre sua aprendizagem e as dificuldades encontradas na realização desta atividade.

Sistematize suas respostas, discuta com sua equipe e, caso necessite, dialogue com seu tutor.

Experiências inovadoras de gestão municipal pós-Constituição Cidadã

Como enunciamos, apresentaremos neste tópico experiências de gestão municipal que incorporaram estratégias participativas e intersetoriais no início dos anos 1990 no Brasil. As lições aprendidas nestas experiências orientaram a formulação das políticas atuais de enfrentamento das iniquidades sociais, na perspectiva da Promoção da Saúde.

A experiência de **Camaragibe**, em Pernambuco, é uma primeira referência importante na construção de alternativas de gestão municipal no contexto da descentralização administrativa com intensificação dos processos de participação de diversos setores governamentais – em especial saúde, educação e trabalho e renda. A experiência de cogestão na Secretaria Municipal de Saúde no período 1993-96 ensejou a criação do Conselho Municipal de Saúde e subsidiou a formulação de uma

proposta de gestão governamental participativa mais abrangente – o **Programa de Administração Participativa**.

Nesta experiência, a territorialização, com a divisão do município em regiões administrativas; a constituição de um Conselho de Administração com representantes de todas as regiões, a construção de diagnósticos participativos e levantamento de demandas *vis-à-vis* a definição pactuada de prioridades, com a criação de conselhos setoriais para acompanhar a implementação das ações definidas, é um modelo que influenciou diversas outras experiências de gestão municipal no país. Uma das proposições oriundas desse processo de ampliação da participação em Camaragibe foi o **Programa Saúde da Comunidade**, que pode ser considerado um precursor do Programa de Saúde da Família e posteriormente na Estratégia Saúde da Família.

A experiência de **Belém**, no Pará, com o **Programa Bolsa Familiar para a Educação** pode ser considerada precursora do Programa Bolsa Família, carro-chefe da política social do governo Lula. Buscou atuar num dos problemas sociais de maior relevância para o exercício da cidadania – o acesso das crianças de áreas rurais e das periferias da cidade à educação –, um dos **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)**. No caso de Belém, a prioridade foi ampliar o acesso das meninas à escola como determinante para a melhoria da saúde materna, prevenção da gravidez na adolescência e da desnutrição infantil. Era também uma estratégia de combate ao trabalho infantil, mediante a concessão de bolsa às famílias em situação de extrema pobreza, com a contrapartida de manter as crianças na escola.

Outra importante iniciativa foi a **Casa da Mulher Bertha Lutz** desenvolvida em **Volta Redonda**, no Rio de Janeiro, a partir de 1993, pioneira no tratamento da questão da violência doméstica e no reconhecimento desta como um problema de saúde pública. Seu processo de implantação e sua estrutura de gestão estão centradas na intersetorialidade e na participação ativa dos corresponsáveis pelo atendimento dos problemas geradores e das consequências da violência doméstica. Esta iniciativa reúne os setores da saúde, assistência social, justiça, segurança pública, associações de mulheres, entidades de atenção aos problemas de alcoolismo e drogas, profissionais da psicologia e outros. A parceria entre estes distintos atores garantiu a efetividade da proposta. Pode-se considerar esta iniciativa como precursora das políticas mais abrangentes, tanto no atendimento às demandas das mulheres e de outros



Em 2000, 191 países assinaram o compromisso, que tem oito objetivos, 18 metas e mais de 40 indicadores visando a reduzir a pobreza e atingir o desenvolvimento sustentável em 25 anos, de 1990 a 2015. Este consenso mundial resultou das grandes conferências internacionais dos anos 1990. Para mais informações, acesse <http://www.pnud.org.br>.

segmentos que sofrem discriminação e violação de direitos como no enfrentamento das violências em geral, hoje uma das principais causas de morbimortalidade da população brasileira e uma das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde.

A experiência de **Santo André**, no Estado de São Paulo, com o **Programa Integrado de Inclusão Social** traz a ideia de articulação de todos os setores da prefeitura, direcionando os recursos para áreas desassistidas do município, onde há concentração de pobreza e baixa qualidade de vida. Mesmo com uma gestão integrada e abrangente, este programa orientou-se pela focalização ao priorizar territórios e grupos populacionais específicos. O programa abrangeu da oferta de infraestrutura básica à capacitação para geração de renda, buscando integrar os territórios de exclusão à cidade. Neste sentido, é um programa que se assemelha à proposta dos **Territórios da Cidadania**, estratégia lançada pelo governo federal em 2008 direcionada ao “combate à pobreza e a fome”.

Muitas outras experiências poderiam ser aqui destacadas, como a do Orçamento Participativo ou as iniciativas de Cooperativismo que Porto Alegre e outros municípios experimentam na perspectiva de reestruturação dos processos produtivos em direção a uma economia mais solidária e sustentável. Mas não pretendemos ser exaustivos, mesmo porque isso seria impossível frente à amplitude e diversidade de nosso território nacional. O que se pretendeu foi revisitar o período de abertura política nas administrações municipais e trazer à discussão os mecanismos de gestão intersetorial e participativa que foram sendo desenhados e que têm influenciado a formulação das políticas públicas no país.

Para refletir

A organização do SUS e sua gestão descentralizada contribuem para uma efetiva aproximação entre Estado e sociedade na produção de políticas públicas? Os espaços institucionais de representação, negociação e interlocução do SUS se constituem em arenas públicas no processo de tomada de decisão?

O Movimento de Municípios e Cidades Saudáveis

Uma das estratégias de reorientação das políticas públicas para o enfrentamento das contradições vivenciadas nas cidades, com alta densidade demográfica, pobreza, criminalidade, insalubridade, desigualdades intra e inter-regionais e iniquidades em saúde é o chamado Movimento de Municípios e Cidades Saudáveis.

De acordo com Odorico Andrade (2006), um município saudável é aquele que tem um compromisso manifesto em:

1. Fazer da saúde uma prioridade e um objetivo fundamental da gestão pública.
2. Mobilizar os recursos sociais, institucionais e comunitários para melhorar a saúde da população.
3. Convocar e coordenar os setores institucionais e organizações locais.
4. Negociar propósitos de saúde sem reduzi-los somente a metas de cobertura dos serviços.
5. Concretizar o monitoramento e cumprimento das metas para o sucesso da equidade em saúde.

Para Sônia Ferraz (1999), estão em jogo aspectos favoráveis e desfavoráveis para a adoção da proposta de municípios/cidades saudáveis no Brasil. Entre os aspectos favoráveis destacam-se: o processo de democratização do Estado a partir dos anos 1980; a Constituição de 1988, que inscreve um conceito ampliado de saúde, com a implantação do SUS e os seus princípios de universalidade, equidade e controle social e os avanços no processo de descentralização de poder para os municípios da federação.

Quanto aos aspectos desfavoráveis, a autora enumera: a herança da política centralizadora e clientelista; a cultura política de ação setorial com duplicidade de projetos e disputa por recursos; a instabilidade político-administrativa em todos os níveis; a cultura sanitária de programas verticais e a hegemonia do paradigma médico-assistencial (FERRAZ, 1999).

Muitas experiências poderiam ser destacadas como precursoras das mudanças na organização dos sistemas de saúde tendo em vista os princípios da Promoção da Saúde, influenciando mudanças mais gerais no padrão de gestão pública dentro e fora das localidades em que



O Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação (Cepedoc) Cidades Saudáveis, formado em 2000 por integrantes da Oficina Permanente de Cidades Saudáveis, organizado pela Faculdade de Saúde Pública da USP, em São Paulo, apoia municípios e comunidades que ingressam no Movimento por Cidades Saudáveis, organiza e divulga informação sobre projetos de melhoria de qualidade de vida nas cidades. Acesse <http://www.cidadessaudaveis.org.br/cepedoc.asp> para mais informações.



Para aprofundar o debate aqui proposto, indicamos a leitura de artigos também relacionados nas referências deste módulo:

- “Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000”, de Sônia Terra Ferraz (1999);
- “A Saúde e o dilema da inter-setorialidade”, de Luiz Odorico Monteiro Andrade (2006);
- “Intersetorialidade: reflexões e práticas”, de Rosilda Mendes e Marcos Akerman (2007);
- “Cidades saudáveis: a inter-setorialidade como desafio para um novo modelo de gestão”, de Lenira Zancan (2003).

Peça ajuda ao seu tutor caso não encontre estas referências nas livrarias. Elas também podem ser adquiridas por meio da Abrasco.

ocorreram. Fortaleza (Ceará), Curitiba e Chopinzinho (Paraná), Campinas e Motuca (São Paulo), Dionísio e São José do Goiabal (Minas Gerais) são exemplos presentes na literatura sobre o tema.

Mais recentemente, as experiências da **Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis**, que tem apoio da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas); a **Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis**, parceria entre a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e o governo do estado, coordenada pelo Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (Nusp); e tantas outras voltadas para a Promoção da Saúde em contextos e territórios de vulnerabilidade social, como Manguinhos e Vila Paciência, no município do Rio de Janeiro, são referências no desenvolvimento de mecanismos de gestão intersetorial com o protagonismo do setor saúde.

Tais mecanismos podem ser assim resumidos:

1. realização de diagnóstico participativo das necessidades e potencialidades locais num processo de democratização da informação e produção de novos conhecimentos/consensos sobre a realidade local;
2. criação de espaços institucionalizados de discussão e pactuação de prioridades e formas de ação integradas, a exemplo dos fóruns e conselhos de saúde e de desenvolvimento social;
3. definição de uma agenda de ações com corresponsabilização dos setores da administração e da sociedade e convergência de recursos; e
4. mecanismos internos de monitoramento e avaliação que subsidiem constantemente a tomada de decisão e a aferição de resultados visando à sustentabilidade das ações.

No fim da década de 1990 e nos anos 2000, pode-se observar a tendência do Movimento de Cidades Saudáveis – e, em geral, da Promoção da Saúde – de dialogar com as estratégias do chamado DLIS (Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável) e, mais recentemente, da Gestão Social, referências no debate do próximo módulo.



Para aprofundar seus estudos em relação aos temas deste módulo, consulte também esses sites:

<http://www.pnud.org.br>
<http://www.polis.org.br/>
<http://www.cidadessaudaveis.org.br/cepedoc.asp>

ATIVIDADE FINAL DO MÓDULO 11

Procure registrar cada etapa solicitada e, ao final, apresente uma síntese do aprendizado em documento de no máximo três páginas. Faça a revisão do texto e não se esqueça de colocar as fontes e referências utilizadas.

Primeira etapa: Na biblioteca do curso você vai encontrar uma descrição mais detalhada das experiências apresentadas. Leia e reflita sobre os temas prioritários, os resultados alcançados e sobre a sustentabilidade de iniciativas como estas.

Segunda etapa: Converse com profissionais ou amigos que participaram da gestão pública e pesquise em fontes secundárias informações sobre o seu município no início dos anos 1990 que lhe permitam responder:

1. Qual era o contexto político-institucional da época? Houve iniciativas de gestão intersetorial e participativa? Em caso positivo, descreva-as sucintamente; em caso negativo, justifique.
2. E hoje, como estão os processos de ação intersetorial e espaços de participação no âmbito de seu território de atuação? Quais programas e estratégias de enfrentamento das desigualdades sociais e de saúde estão em desenvolvimento?
3. Qual o papel do setor saúde e, em especial, da atenção básica nestes processos?

Para a realização desta atividade, busque subsídios nos sites e bancos de dados relacionados a seguir. Pesquise os projetos premiados, iniciativas e prioridades de atuação em sua região.

<http://www.inovando.fgvsp.br>

<http://www.territoriosdacidadania.gov.br/dotIn/clubs/territoriosrurais/one-community>

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/cultura2006/default.shtm>

http://www4.ensp.fiocruz.br/participanetsus_novo/

<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/estudos.php>

Envie a síntese para o seu tutor, por meio da ferramenta Envio de Atividades, disponível no AVA.

Referências

- ABRASCO. *Relatório da oficina do GT Promoção da Saúde e DLIS*. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br>>. Acesso em: 24 abr 2009.
- ANDRADE, L. O. M. *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- ARENDE, H. As esferas pública e privada. In: _____. *A condição humana*. São Paulo: Forense, 1995.
- BENEVIDES, M. V. *Cidadania e direitos humanos*. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, [200?]. Disponível em: <<http://www.iea.usp.br/iea/textos/benevidescidadaniaedireitoshumanos.pdf>>. Acesso em: 29 abr 2009.
- BODSTEIN, R.; ZANCAN, L. Avaliação das Ações de Promoção da Saúde/DLIS em contexto de pobreza e vulnerabilidade social. In: ZANCAN, L. et al. (Org.). *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manguinhos*. [S.l.]: ABRASCO, 2002.
- CAMARGO JUNIOR, K. As armadilhas da “concepção positiva da saúde”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 76, n. 1, p. 63-76, 2007.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (Brasil). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão...* Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 17 abr 2009.
- DOWBOR, Ladislau. Informação para a Cidadania e o Desenvolvimento Sustentável. *Adolescência Latinoamericana*, Rio de Janeiro, n. 248, p. 5-16, 2004.
- FERRAZ, S. T. *Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000*. Brasília: Paralelo 15, 1999.
- FERREIRA, J. R.; BUSS, P. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde. In: ZANCAN, L. et al. (Org.). *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manguinhos*. [S.l.]: ABRASCO, 2002.
- HABERMAS, J. *Mudança estrutural da esfera pública*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.
- LEVY, E. Ganhar e ganhar: estratégias de negociação bem sucedidas entre os municípios, os estados e a União. In: CACCIA-BAVA et al. (Org.). *Novos contornos da gestão local: conceitos em construção*. São Paulo: Pólis; Programa Gestão Pública e Cidadania/EAESP/FGV, 2002.
- MENDES, R.; AKERMAN, M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. (Org.). *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: Hucitec; CEPEDOC, 2007. (Saúde em Debate).
- PUTNAM, R. *Comunidade e democracia: (a experiência da Itália moderna)*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2005.
- SANTANA, J. P. (Org.). *A negociação como instrumento de gerência nos serviços de saúde*. Brasília: OPAS, 1997. Texto de apoio da unidade III do Programa: desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS).
- ZANCAN, L. Cidades saudáveis: a intersetorialidade como desafio para um novo modelo de gestão. In: SPERÂNDIO, A. M. G. (Org.). *O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis*. Campinas: [s.n.], 2003. v. 1, p. 49-64.

12. Territórios da promoção da saúde e do desenvolvimento local

*Rosa Maria da Rocha, Maria de Fátima Lobato Tavares,
Antônio Ivo de Carvalho e Lenira Zancan*



Este módulo tem por objetivo dar uma visão geral dos conceitos de território no contexto da saúde e desenvolvimento local, redes, gestão social, controle social e, por fim, do acompanhamento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas no território e a importância de criar uma cultura de avaliação dessas práticas. Pretende, com isso, fornecer embasamento teórico, de modo a ajudar você a identificar os problemas de saúde existentes, visando à busca de soluções para o desenvolvimento de sua localidade.

Desenvolvimento local e saúde

Desde os anos 1970, muitas regiões, distritos e localidades enfrentaram sérios problemas estruturais, como reestruturação do tecido econômico, estímulo à criação de novas empresas, elevadas taxas de desemprego, baixo crescimento do emprego e redução do poder de compra, entre outros. Ainda que estes sejam comuns em muitos casos, a origem e a intensidade dos problemas diferem de região para região.

A insuficiência de políticas setoriais e do ajuste econômico para resolver, por si, os problemas descritos contribuiu para que as autoridades locais assumissem cada vez mais um papel ativo na vida socioeconômica do seu território, no estímulo à transformação produtiva, no fomento à mudança cultural (passagem da cultura do subsídio à cultura da iniciativa empresarial) e na promoção de iniciativas locais de geração de empresas e de emprego.

A vinculação existente entre saúde e desenvolvimento local vem sendo construída desde o final do século XX. Um dos marcos foi a Conferência de Alma Ata, em 1978, que, além de propor uma ampliação no acesso aos serviços de atenção, reconheceu a saúde como um direito de todos e responsabilidade da sociedade, o que criou um consenso mundial em torno da ideia de Saúde para Todos no ano 2000.

A partir dos anos 1980, a modificação nas formas de organização das respostas dos Estados foi determinada pela lógica da globalização do mercado e da cultura, impondo novos desafios.

Estes processos e seus efeitos no desenvolvimento e na vida das populações consideraram a saúde como um fator essencial para o desenvolvimento local, reconhecendo não somente os determinantes que atuam sobre ela no espaço local como também a importância de criar políticas públicas que permitam a inclusão social, por meio de uma participação cidadã, de modo a favorecer a ação territorial para melhorar a qualidade de vida e a saúde da população.

O objetivo é avançar na construção de cidadania por meio do estabelecimento de agendas pelos atores locais e o Estado, para o exercício da política e da gestão nos territórios. Isto quer dizer: o que fazer? Como fazer? Com quem fazer? E, por fim, onde fazer?

No contexto atual, caracterizado pela globalização e internalização do mercado, quais são as consequências no campo da saúde e como afetam o desenvolvimento? Que noções de saúde podem ser analisadas para compreender a saúde no desenvolvimento local?

A compreensão da relação entre globalização e saúde é fundamental para avançarmos na discussão. A globalização implica um processo guiado pelas relações e dinâmicas macroeconômicas que têm impacto na conformação política dos Estados nacionais e homogeneizam a cultura. No que diz respeito à saúde, por um lado há o reconhecimento da saúde como um direito, mas por outro se implementam políticas que limitam este direito, produzindo efeitos de exclusão social.

Alguns movimentos importantes foram realizados com intuito de ajudar as pessoas a mudarem seu estilo de vida na direção de um estado

ideal de saúde. A ECO 92, conferência realizada em 1992 no Rio de Janeiro, organizada pelas Nações Unidas, chamou a atenção para o meio ambiente, a água, a energia, a biodiversidade, a agricultura, o desenvolvimento sustentável e a saúde como áreas-chave para o desenvolvimento.

Outro movimento foi o da Promoção da Saúde, que veio ao encontro dessa proposta, concebendo a saúde como produção social; desta forma, engloba um espaço de atuação que extrapola o setor saúde, apontando para uma articulação com o conjunto dos outros setores da gestão municipal.

Neste sentido, merece destaque a Conferência de Alma Ata (1978), que teve como propostas Saúde Para Todos no Ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária de Saúde e como objetivo os Cuidados Primários de Saúde, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo.

A proposta alcançou destaque especial na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da *Carta de Ottawa*, que vem se enriquecendo com uma série de declarações internacionais, periodicamente formuladas nas conferências realizadas sobre o tema voltadas para a saúde e expressas em documentos que têm sido norteadores das ações.

Na *Carta de Ottawa*, são retomados os princípios de Alma Ata, no sentido de construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis à saúde, propiciar e fazer a efetiva participação social, desenvolver habilidades pessoais e reorientar os serviços enfatizando a promoção da saúde.

Outros aspectos que merecem destaque no debate são: pobreza, miséria, fome e bem-estar social. Os trabalhos teóricos de Amartya Sen, economista indiano, Prêmio Nobel de Economia de 1998, contribuem para uma nova compreensão desses conceitos (pobreza, miséria, fome e bem-estar social), permitindo ter uma visão mais crítica acerca do desenvolvimento e uma reflexão sobre a saúde. Ao aprofundar seus estudos sobre as economias dos países em desenvolvimento e as condições de vida das populações mais pobres do planeta, bem como analisar



Acesse o vídeo *Severn Suzuki speaking at UN Earth Summit 1992 – ECO 92* em <http://www.youtube.com/watch?v=5g8cmWZOX8Q> e preste atenção às palavras de Severn Suzuki, da Organização das Crianças em Defesa do Meio Ambiente, durante a ECO 92 – Conferência das Nações Unidas. Ela silenciou o mundo por uns minutos, chamando a atenção para o meio ambiente e o desenvolvimento.

catástrofes na Índia, em Bangladesh, na Etiópia e no Saara africano, Sen (2000) demonstra que, até quando o suprimento de alimentos não é significativamente inferior ao de anos anteriores, pode ocorrer privação e fome.

Sua conclusão é de que a escassez de comida não constitui a principal causa da fome, como acreditam os acadêmicos, mas sim a falta de organização governamental para produzir e distribuir os alimentos.

Para Amartya Sen, “O desenvolvimento consiste na eliminação de privações de liberdade que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas de exercer ponderadamente sua condição de agente” (SEN, 2000, p. 10). Ainda segundo o autor, “Com oportunidades sociais adequadas, os indivíduos podem efetivamente moldar seu próprio destino e ajudar uns aos outros (SEN, 2000, p. 26).

Neste sentido, ele nos permite ressignificar a compreensão que tínhamos até então de que o desenvolvimento se dava pelo crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), pelo aumento da renda pessoal, pela industrialização, pelos avanços tecnológicos ou pela modernização social. O conceito de desenvolvimento apresentado por Sen deve ser compreendido como um processo de expansão das liberdades fundamentais relacionadas entre si. Esta compreensão permite observar simultaneamente o papel de instituições como o mercado e as organizações relacionadas, governos e autoridades, partidos políticos e outras instituições cidadãs, sistemas locais de educação e oportunidades de debates e diálogos públicos. Esta abordagem permite reconhecer o papel dos valores sociais dos indivíduos.

Os desafios são muitos; essa visão mais coletiva, juntamente com a noção de direitos e liberdade, dá a ideia de uma participação social e cidadã que se apresenta como eixo central dos movimentos sociais em saúde.

De acordo com o Programa Delnet de Apoio ao Desenvolvimento Local (2008-2009):

- As especificidades locais conduzem ao reconhecimento da existência de diferentes modelos de desenvolvimento local e, neste sentido, faz-se necessário perceber que, em matéria de desenvolvimento local, não há receitas milagrosas, e as soluções não são transferíveis de uma localidade para outra. Ou seja, as estratégias de desenvolvimento local têm que ser construídas para um dado

território como um instrumento capaz de ser flexível para se adaptar às contínuas mudanças de uma sociedade moderna.

- Na atualidade, as estratégias de desenvolvimento local têm como objetivo o desenvolvimento e a reestruturação do sistema produtivo, o aumento da capacidade de criação de empresas e de geração de emprego e a melhoria do nível de vida da população. Antes, o desenvolvimento local, regional ou municipal não era pensado em termos de como alcançar um desenvolvimento geral integrado e sustentável de um dado território.
- Os agentes das políticas de desenvolvimento local são as autoridades públicas, os empresários e os atores socioeconômicos locais – e não apenas a administração central do Estado e as grandes empresas, como nos modelos tradicionais.
- É muito importante pensar globalmente e atuar localmente.
- O êxito de uma estratégia de desenvolvimento local está condicionado pela disponibilidade de recursos (humanos, técnicos, empresariais, financeiros etc.).
- O desenvolvimento local depende muito da capacidade de criação das condições que favoreçam o aparecimento de novas empresas.
- As atuações referentes à melhoria de infraestrutura; a adequação dos conhecimentos ao saber fazer empresarial; a adequação da qualidade da mão de obra às condições do mercado; e a mudança de atitude da população (estimulando a mudança cultural, a passagem da cultura do subsídio à cultura da iniciativa empresarial) não podem ter lugar sem uma atuação conjunta dos agentes públicos e privados.
- As novas tendências tratam de combinar: atração de recursos externos, consolidação de mercados e aquisição de tecnologia.
- Emerge uma nova filosofia de desenvolvimento local, com uma visão integrada e compatível entre meio ambiente, necessidades sociais e economia, levando em consideração o nível local e o global, o curto e o longo prazos.
- O papel central de uma estratégia de desenvolvimento local é fundamentalmente: favorecer, fomentar e consolidar o espírito de empresa.
- A finalidade última das estratégias de desenvolvimento local é introduzir novas formas de comportamento na sociedade, estimulando e animando os cidadãos para que iniciem atividades com vistas à resolução de seus problemas.

Para refletir

Com base nas definições do Programa Delnet de Apoio ao Desenvolvimento Local (2008-2009), reflita sobre as razões fundamentais que impulsionaram as políticas ou ações de desenvolvimento em seu território.

Território

Segundo Santos (1998), “Cada homem vale pelo lugar onde está: o seu valor como produtor, consumidor, cidadão depende de sua localização no território”.

O conceito de território tem sido utilizado nas ciências em geral. Nas ciências naturais, o conceito foi formulado primeiramente no século XVII, fundamentado em estudos de botânica e de zoologia. Território significava uma área dominada por um determinado grupo de espécie animal ou vegetal. Nas ciências sociais, o conceito foi sistematizado no século XIX pelo geógrafo Friedrich Ratzel, que fez a comparação entre Estado e organismo vivo, afirmando que os dois nascem, crescem e têm tendência a declinar ou até mesmo morrer. Esta visão colocou no centro de suas análises a necessidade de domínio territorial por parte do Estado. “O território era, então, um dos elementos principais na formação do Estado, de modo que, na concepção de Ratzel, o Estado não existiria sem o território” (GOMES, 1984 apud SALES; SILVA; PESSOA, 2006). O território significava também as condições de trabalho e a própria condição de existência de uma sociedade, ou seja, uma área dominada por alguém ou pelo Estado (GOMES, 1984 apud SALES; SILVA; PESSOA, 2006).

No entanto, hoje temos que considerar as diversas concepções de território: político, simbólico e psicológico, dentre outros. Com as constantes mudanças políticas, econômicas, sociais, culturais e ambientais que vêm ocorrendo mundialmente, as questões que se referem ao território emergem com bastante vigor, convocando esforços de diversos estudiosos das mais variadas áreas para uma melhor apreensão dessas concepções. A noção de território se apresenta para além do campo da geografia; é complexa e, por isto, rica no que diz respeito às relações sociais que se estabelecem em um dado local.

Assim, há diferentes enfoques de território:

Enquanto o geógrafo tende a enfatizar materialidade do território, em suas múltiplas dimensões (*inclusive a dimensão da interação sociedade/natureza*) [...], a Ciência Política enfatiza sua construção a partir de relações de poder (na maioria das vezes, ligadas à concepção de Estado); a Economia, que prefere a noção de espaço à de território, percebe-o muitas vezes como um fator locacional ou como uma das bases da produção (enquanto “força produtiva”); a Antropologia destaca sua dimensão simbólica, principalmente no estudo das sociedades ditas tradicionais (mais também no tratamento do “neotribalismo” contemporâneo); a Sociologia o enfoca a partir de sua intervenção nas relações sociais, em sentido amplo; e a Psicologia, finalmente, incorpora-o no debate sobre a construção da subjetividade ou da identidade pessoal, ampliando-a até a escala do indivíduo (COSTA, 2004 apud SALES; SILVA; PESSOA, 2006).

Costa (2004 apud SALES; SILVA; PESSOA 2006) propõe, ainda, a necessidade de um diálogo entre as diversas áreas do conhecimento, e afirma que deva ser um diálogo interdisciplinar. A Promoção da Saúde em um de seus campos de ação resgata estas dimensões na medida em que considera o território como cenários (*settings*), assim como enfatiza as várias dimensões de ambiente, destacando o ambiente das relações.

O conceito de saúde na *Carta de Ottawa* traz também esse marco, ao introduzir um conceito muito ativo e interativo de saúde: “A saúde se cria e se vive no marco da vida cotidiana: nos centros de aprendizagem de trabalho e de lazer” (KICKBUSCH, 1997, p. 56).

Para refletir

O território no nível local é construído muito mais no sentido de uma área-abrigo e fonte de recursos ou de um articulador de conexões ou redes de caráter global?

O território é construído a partir das relações entre a sociedade e a natureza e entre o território e as pessoas que dele se utilizam?

Anote suas reflexões e conclusões no Diário de Estudos.

Acreditamos que essa relação entre território-natureza-sociedade é inseparável; mostra uma dinâmica da vida cotidiana das pessoas e, portanto, dos moradores de uma determinada localidade. Esta dinâmica

está representada pela intervenção dos homens no território, criando e recriando significados em torno dessa apropriação que acontece no cotidiano.

Nesse sentido, o termo **territorialidade** se apresenta como uma maneira de se apropriar, fazer usos da terra, do território, o que se faz pelos significados e ressignificações que os sujeitos vão construindo em torno de suas experiências de vida em cada localidade (KOGA, 2003, p. 38).

Segundo Koga (2003), o território tem dinâmicas próprias da relação estabelecida entre sociedade/natureza em cada localidade; também se expande para além dos limites geográficos:

A dimensão territorial ganha concretude justamente pelo seu aspecto intrinsecamente relacional, em decorrência não somente das relações sociais estabelecidas no lugar cotidiano, como também pela possibilidade de seu alcance com outras dimensões [...]. Pois a partir do território vai-se além da visão micro ou do localismo reducionista, tendo em vista que as próprias condições de vida do lugar remetem diretamente a relação entre populações e lugares, entre pedaço e outro da cidade, entre o lugar e a totalidade da cidade, entre a situação do lugar e as políticas que se direcionam à manutenção ou à transformação das condições de vida (KOGA, 2003, p. 55).

Assim, o território é o local concreto da realidade da vida coletiva; é nesse território que as relações entre uma dada sociedade e a natureza se expressam; é também onde as desigualdades sociais aparecem entre os cidadãos.

Apresentamos a seguir uma situação ilustrativa dos temas tratados até aqui. Leia com atenção e debata no fórum a questão proposta.

SITUAÇÃO 1 – OS PROGRAMAS DE SAÚDE, OS ATORES E O TERRITÓRIO

Interessada em avaliar as ações relacionadas à promoção da saúde, a Coordenadoria de Saúde de Área Programática (CAP) de um município de médio porte escolheu uma área geográfica onde a deterioração socioeconômica é grande para que se identificassem expectativas da população quanto às políticas de saúde locais.

Para tal, organizou-se uma oficina e foram convidados os principais atores do bairro. Nessa ocasião, surgiu um debate com base em questões acerca do programa implementado pelo posto de saúde, intitulado Bairro Saudável.



João, presidente da Associação, foi o primeiro a falar: “Vocês já estão com outra novidade e ainda não deram conta do Bairro Saudável. Em nosso bairro faltam recursos para a saúde, para sensibilizar a comunidade, há falta de comunicação entre nós e os profissionais do posto de saúde. Não temos nem espaço para poder debater”.

Maria, do Clube das Mães: “Mas nós também estamos desarticulados. Os líderes fazem o que querem, mandam em tudo, não respondendo às nossas necessidades, e ainda utilizam as pessoas para conseguir benefícios particulares. Por outro lado, não se tem informação e alguns representantes são apáticos e descrentes em relação ao governo municipal. No final das contas o que precisamos é de mais consultas”.

Tânia, merendeira da escola: “A gente não pode só culpar os políticos, mas assumir nossas responsabilidades como cidadãos, participando dos espaços comunitários também e trabalhando dentro da escola. E eu que trabalho na escola do bairro nunca ouvi falar desse programa Bairro Saudável”.

Joana, (diretora do posto): “De fato, temos muitas dificuldades para trabalhar com a diversidade, com a apatia da comunidade e até dos professores da escola. Algumas vezes temos conflitos que não resolvemos, que geram divergências e tensões, sem falar na participação pouco clara de uns e outros líderes. Realmente eu acho que é muito bom poder contar com a presença da CAP aqui no bairro. Vai ser preciso reavaliar inteiramente este programa”.

FÓRUM

Com base na situação apresentada, debata no fórum da turma a questão que segue:

Como atuar em um território urbano que demanda intervenções, minimizando o impacto ambiental, considerando o bem-estar da população local e gerindo da melhor maneira os constantes conflitos de interesse?

Redes

O conceito de rede vem se transformando, nas últimas duas décadas, numa alternativa prática de organização que possibilita processos capazes de responder às demandas de flexibilidade, conectividade e descentralização das esferas contemporâneas de atuação e articulação social.

Para Fritjof Capra (2002), “redes sociais são redes de comunicação que envolvem a linguagem simbólica, os limites culturais e as relações de poder”. São também consideradas uma medida de política social que reconhece e incentiva a atuação das redes de solidariedade local no combate à pobreza e à exclusão social e na promoção do desenvolvimento local.

As redes sociais são capazes de expressar ideias políticas e econômicas inovadoras, com o surgimento de novos valores, pensamentos e atitudes. Esse segmento, que proporciona a ampla informação a ser compartilhada por todos, sem canais reservados e fornecendo a formação de uma cultura de participação, é possível graças ao desenvolvimento das tecnologias de comunicação e da informação, à globalização, à evolução da cidadania e à evolução do conhecimento científico sobre a vida; as redes unem os indivíduos, organizando-os de forma igualitária e democrática e em relação aos objetivos que possuem em comum.

Para nós, da área da saúde pública, as redes têm tido um sentido importante, por se materializarem em redes de apoio social, que são as estratégias utilizadas pela população para enfrentar seus problemas de saúde-doença, bem como os entraves da vida cotidiana. A rede social é mais que um grupo de pessoas, é uma teia de relações em que os sujeitos se ligam por laços ou vínculos sociais (LACERDA et al., 2006).

As pessoas estão inseridas na sociedade por meio das relações que desenvolvem durante toda sua vida, primeiro no âmbito familiar, em seguida na escola, na comunidade em que vivem e no trabalho; enfim, são as relações que as pessoas desenvolvem e mantêm que fortalecem a esfera social. A própria natureza humana liga umas pessoas a outras e estrutura a sociedade em rede.

Nas redes sociais, cada pessoa, indivíduo, tem sua função e identidade cultural. Sua relação com outros vai formando um todo coeso que representa a rede. De acordo com a temática da organização da rede, é possível a formação de configurações diferenciadas que se modificam, são mutantes.

As redes sociais, segundo Marteleto (2001, p. 72), representam “um conjunto de participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados”. A autora ressalta, ainda,

que só nas últimas décadas o trabalho pessoal em redes de conexões passou a ser percebido como um instrumento organizacional, apesar de o envolvimento das pessoas em redes existir desde os primórdios da história da humanidade.

Já o “apoio social, envolve o dar e o receber das relações, não se configurando como um ato isolado, mas um processo ativo de troca e reciprocidade em que todos participam e têm seu papel” (LACERDA et al., 2006).

Para refletir

Como são, em sua localidade, as redes de apoio social? Como se configuram?

Gestão social

Gestão social é um tema recente, que se introduz na sociedade brasileira na década de 1990 em meio à tensão entre processos que marcam a realidade contemporânea. Um desses processos diz respeito à globalização da economia, que mercantiliza e amplia os segmentos de atuação no social. Outro trata da regulação social tardia, por meio das conquistas de cidadania, do Estado democrático de direitos e dos desafios da participação da sociedade civil.

Compreendemos que a gestão social é uma construção social e histórica, constitutiva da tensão entre os projetos societários de desenvolvimento em disputa no contexto atual. Assim, a gestão social é concebida e viabilizada na totalidade do movimento contraditório dos projetos societários, por nós concebidos como desenvolvimento do capital e desenvolvimento da cidadania.

Para Singer (apud MAIA, 2005), a gestão social diz respeito às “ações que intervêm nas diferentes áreas da vida social para a satisfação das necessidades da população, que se colocam desde a questão do ‘abandono de crianças’ até a questão da crise do trabalho”. Nesta perspectiva, a gestão social é viabilizada pelas políticas e práticas sociais articuladas e integradoras das diversas demandas e organizações populares, universidades, entidades não-governamentais e governos.

Já Carvalho (apud MAIA, 2005) faz uma relação entre gestão social e “gestão das ações públicas, viabilizadas a partir das necessidades e demandas apontadas pela população, através de projetos, programas e políticas públicas, que assegurem respostas efetivas à realidade das maiorias”. A autora enfatiza o protagonismo da sociedade civil no sentido da identificação das necessidades e demandas, assim como a proposição e controle de ações e políticas a serem assumidas pelo Estado.

Dowbor (1999) remete a gestão social

à transformação da sociedade, em que a atividade econômica passe a ser o meio e o bem-estar social o fim do desenvolvimento. Para isso, indica a necessidade da construção de um novo paradigma organizacional, a partir da redefinição da relação entre o político, o econômico e o social.

O autor propõe a articulação entre empresários, administradores públicos, políticos, organizações não-governamentais, sindicatos, pesquisadores, movimentos sociais, universidades e representantes comunitários, entre outros (DOWBOR, 1999).

Fischer (apud MAIA, 2005) indica que “o campo da gestão social é o campo do desenvolvimento social, que se constitui como um processo social, a partir de múltiplas origens e interesses, mediados por relações de poder, de conflito e de aprendizagem”.

Nesta perspectiva de gestão social estão especialmente identificados como sujeitos os indivíduos, grupos e coletividades interessados, mediados por redes ou por interorganizações.

No contexto atual, dadas as condições postas e impostas pelo projeto de desenvolvimento hegemônico, podemos reconhecer que a gestão social também se apresenta como hegemônica, podendo ser facilmente identificada como uma “gestão contra o social”. Essa denominação foi usada por Ribeiro (apud MAIA, 2005) quando de sua afirmação “sociedade contra o social”, em vista da caracterização do projeto societário do capital.

A gestão contra o social apresenta-se como estratégia tecnológica e instrumental, viabilizadora da qualificação e eficiência do trabalho e organizações do campo social, afirmadores do capital e não da cidadania.

A ênfase está na reificação da técnica (BARBOSA, 2004 apud MAIA, 2005), em vista da eficiência de sua aplicabilidade por meio de ferramentas ou produtos como projetos, *marketing* social, balanço social, empreendedorismo, responsabilidade social, ação voluntária, entre outros serviços oferecidos às pessoas e comunidades, que são reconhecidos como objetos e não como sujeitos ou agentes deste fazer (NOGUEIRA, 2004 apud MAIA, 2005).

A gestão do social no desenvolvimento do capital é introduzida especialmente pelo denominado terceiro setor, que chegou ao Brasil e demais países da América Latina na década de 1990, por influência americana e europeia (LANDIM, 1999 apud MAIA, 2005).

Desponta, com o terceiro setor, a dimensão social que se torna tema público da sociedade, especialmente a partir do chamamento à responsabilidade social – condição de extremo valor para o enfrentamento às expressões da questão social. Porém, esse movimento acontece como estratégia de fragilização crescente da responsabilidade pública do Estado, provocada pelo desenvolvimento do capital, que se institucionaliza nas práticas de reforma das empresas sociais e do Estado brasileiro introduzidas nesse mesmo período.

A crescente expansão das práticas e projetos sociais desenvolvidos por organizações não governamentais vêm sendo viabilizada em nome da solidariedade que, entretanto, é introduzida com uma perspectiva de despolitização das demandas sociais, tratadas fora do contexto societário mais amplo, no qual a realidade é gerada.

Nesse contexto, o gestor de saúde, na perspectiva da promoção, deve ser capaz de reconhecer as potencialidades do cenário/território em que atua, para melhor desenvolver seus projetos em rede. O primeiro aspecto a ser considerado é assumir que o desenvolvimento de projetos é um campo da competência do gestor e este deve ter uma posição estratégica que permita viabilizar a transformação dos problemas de saúde de sua localidade. Isto se deve não somente ao seu interesse, mas também deve ser determinado pelas demandas e necessidades sociais.

O gestor de saúde, assim, pode, deve e tem a capacidade de intervir sobre as situações que afetam a qualidade de vida e saúde das populações.

Outro aspecto é que o gestor deve evitar visualizar o problema de fora, mas, sim, apropriar-se dele. Assim, a visão muda e facilita a leitura dos outros interesses que por ventura possam estar de acordo ou em contraposição. Todo local, na perspectiva da Promoção da Saúde, deve ter um consenso, um requisito-chave para a construção da viabilidade. Para implementação, serão necessárias ações de articulação e integração, permitindo construir uma visão coletiva que considere o respeito às diferenças. O gestor social de saúde, então, deverá promover, facilitar e implementar projetos em rede, o que significa entrar em campos mais complexos, intersetoriais, interdisciplinares e participativos.

Isto significa que o gestor social em saúde e na perspectiva da Promoção da Saúde desenvolve habilidade de mobilização, com vontade política para exercer a prática cotidiana da democracia, transformando-se em um ator social com liderança técnico-política para melhorar as condições de saúde de nossas comunidades, cidades e regiões.

Controle social

Por controle social entende-se a participação da sociedade no acompanhamento e verificação das ações da gestão pública na execução das políticas públicas, avaliando os objetivos, processos e resultados. No Brasil, os resultados de pesquisas e estudos apontam para uma crescente densidade organizacional da sociedade civil por conta do descompasso entre Estado e sociedade e da implementação de políticas públicas que objetivam a descentralização de recursos para a prestação de serviços na área social, principalmente para os setores de educação e saúde.

A trajetória das conquistas populares no Brasil tem sido importante para a mobilização social em defesa do direito à saúde. A década de 1980 foi marcada por representar o momento de institucionalização das práticas inovadoras para o setor saúde, por terem sido estas fundamentadas na concepção da saúde como produção social e direito, e que foram consolidadas na década de 1990, nas conferências e nos conselhos de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi fundamental no processo por ter colocado no debate o aprofundamento dos grandes temas que subsidiaram a Assembleia Nacional Constituinte, culminando na inscrição, na Constituição Federal, da participação da comunidade como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde.

As últimas Conferências Nacionais de Saúde, da 9ª à 12ª, reafirmam como indispensáveis a implementação e o fortalecimento dos mecanismos de controle social existentes. A 12ª Conferência Nacional de Saúde (2004) afirma a necessidade de

estimular e fortalecer a mobilização social e a participação cidadã nos diversos setores organizados da sociedade, com a aplicação dos meios legais disponíveis, visando efetivar e fortalecer o controle social na formulação, regulação e execução das políticas públicas, de acordo com as mudanças desejadas para a construção do SUS que queremos.

A seguir destacamos algumas propostas emanadas das conferências por se constituírem desafios à consolidação e ao fortalecimento do controle social no SUS:

- Garantia de efetiva implantação dos Conselhos de Saúde estaduais e municipais, assegurando a eles infraestrutura e apoio para o seu fortalecimento e pleno funcionamento;
- Consolidação do caráter deliberativo e fiscalizador dos Conselhos de Saúde, com composição paritária entre usuários e demais segmentos;
- Reafirmação da participação popular e do controle social na construção do modelo de atenção à saúde, requerendo o envolvimento dos movimentos sociais considerados sujeitos estratégicos para a gestão participativa;
- Aperfeiçoamento dos atuais canais de participação social, criação e ampliação de novos canais de interlocução entre usuários e sistema de saúde e de mecanismos de escuta do cidadão, como serviços de ouvidoria e outros.

Nesse sentido, a diretriz tem sido fortalecer a participação e o controle social em todas as instâncias e junto aos agentes que fazem parte do SUS, com vistas a fortalecer os laços políticos que garantem a sustentabilidade das ações em saúde. As medidas necessárias para garantir o controle social e a ação participativa estão exemplificados na institucionalização dos Conselhos de Saúde, dotando-os de

infraestrutura e apoio logístico para exercer seu papel no controle social; na educação permanente de agentes e conselheiros; na implantação do Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS; na divulgação e expansão do uso, pela população, da Carta de Direitos do Usuário da Saúde e na implantação do Portal dos Direitos do Usuário dos Serviços de Saúde.

O controle social é, portanto, a participação da sociedade civil nos processos de planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações da gestão pública e na execução das políticas e programas públicos. Trata-se de uma ação conjunta entre Estado e sociedade em que o eixo central é o compartilhamento de responsabilidades com vistas a aumentar o nível da eficácia e efetividade das políticas e programas públicos.

Para refletir

Os gestores dos sistemas e serviços de saúde do Brasil vêm trabalhando na perspectiva da gestão social em saúde, visando atuar nas manifestações objetivas das condições de vida de uma determinada população?

Como trabalhar de modo a integrar essas dimensões de gestão para que os determinantes locais e regionais possam ser incorporados à gestão dos sistemas de serviços de saúde?

Lembre-se de registrar suas reflexões.

Partindo dos conceitos desenvolvidos nos Módulos 10, 11 e 12 desta unidade, é necessário introduzir a avaliação como um componente importante das iniciativas de promoção da saúde e desenvolvimento social.

Ainda é grande o desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas, que foram definidas em Ottawa (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1996), e que estejam mais associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, na Política Nacional de Promoção da Saúde: integralidade, equidade, sustentabilidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação.

Entende-se que a Promoção da Saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal,

integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida.

Vê-se, portanto, que a promoção da saúde realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, Estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outras setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem.

No esforço por garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados e por melhorar a qualidade de vida de sujeitos e coletividades, entende-se que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e necessidades da sociedade, evitando o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, conseqüentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes.

Ao conceber a promoção da saúde como um processo político de construção de competências para proteger e manter a saúde e controlar seus determinantes, entende-se que a avaliação deve centrar-se tanto na evolução deste processo como em seus efeitos na saúde e bem-estar da população (KICKBUSCH, 1996; DE SALAZAR; VÉLEZ; ORTIZ, 2003).

A necessidade de dispor de informação sobre a efetividade e o ganho social de intervenções em promoção da saúde é amplamente reconhecida na atualidade, e a cada dia crescem as demandas por decisões informadas como produto de estudos de efetividade, relevância e utilidade das políticas e programas (UNIÓN INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD, 1999).

Assim, avaliar os alcances da promoção da saúde relacionados ao êxito das políticas e intervenções, com os fatores que determinaram seu êxito ou fracasso, dos custos econômicos, sociais, políticos e culturais (DE SALAZAR, VÉLEZ; ORTIZ, 2003) é fundamental na gestão social de um território.

A avaliação de iniciativas e ações multiestratégicas, participativas e intersetoriais contribui para o entendimento e o consenso em torno dos objetivos, atividades e resultados que muitas vezes são implementados com base em propostas consistentes e justificáveis eticamente, mas genéricas do ponto de vista operacional.

Considerando que ainda é incipiente a cultura avaliativa de programas e ações dessa natureza, apresentamos agora uma outra situação que contribuirá para você refletir sobre este tema. Leia com atenção e responda à questão proposta a seguir.

SITUAÇÃO 2 – AVALIAR PARA QUÊ?

Em uma determinada instância jurídica de um município de grande porte foi criado, em 1998, o Programa Escola de Pais (PEP). Este programa foi direcionado aos pais ou responsáveis por crianças e adolescentes vítimas de abandono, negligência e violência, e seu caráter inovador foi substituir medidas punitivas aos pais (previstas legalmente) por alternativas educacionais e promover a integração das famílias, buscando a inclusão social e oportunidades de geração de renda. Beneficiou, até 2004, mais de 500 famílias, que eram chefiadas em sua maioria por mulheres, procediam de várias regiões do município; algumas dessas pessoas eram ou já foram moradores de rua, não pertencendo, portanto, a uma comunidade geograficamente referenciada.

O PEP incluiu uma programação de nove oficinas de cunho informativo-reflexivo-vivencial. Além de vivências em grupo, realizava o acompanhamento de cada família, segundo metas estabelecidas em comum.

A percepção do coordenador do programa sobre a necessidade de buscar mais recursos para sua manutenção o motivou a contratar avaliadores externos para acompanhar a 8ª Escola de Pais por três meses, por meio de observação, registro e análise, e avaliar todo o trabalho desenvolvido entre 2001 e 2004. Ao comunicar esta decisão em reunião com a equipe do programa, foi surpreendido com alguns questionamentos:

Maria (membro da equipe desde o início do projeto) – Para que avaliar, se está dando certo? Não se mexe em time que está ganhando!

Olavo (administrador e responsável pelo cronograma orçamentário) – Como definir o “êxito de um programa” como esse? Vamos gastar mais dinheiro, e aí?

Norma (assistente social) – Qual o compromisso de pessoas externas com nossos objetivos?

Seguiu-se um burburinho entre os demais integrantes da equipe... Esse movimento, entretanto, gerou uma chamada para refletir sobre o papel da avaliação e sua relação com a equipe executora do projeto.

Para refletir

Analisando a finalidade da avaliação e o levantamento situacional do cenário atual, como podemos superar os possíveis entraves dos processos avaliativos nos projetos sociais de promoção da saúde e desenvolvimento social?

ATIVIDADE FINAL DO MÓDULO 12

Faça a síntese da questão de aprendizagem que foi definida no Módulo 11 em relação à situação-problema Município Saudável. Leve em conta suas reflexões, as discussões nos fóruns e o conhecimento por você construído durante esta unidade de aprendizagem.

Envie a atividade para o seu tutor por meio do AVA, pela ferramenta Envio de Atividades.

Bom Trabalho!

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde/PNS: um pacto pela saúde no Brasil*. Brasília, 2004.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, 2006. 60 p.

CAPRA, F. *As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável*. São Paulo: Cultrix, 2002.

CARVALHO, R. A. A. Novas tecnologias de gestão – NTGs. In: CATTANI, A. D. (Org.). *Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia*. 4. ed. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124>. Acesso em: 20 maio 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2004. *Relatório final*. Brasília: Ministério da saúde, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1128>. Acesso em: 20 maio 2009.

DOWBOR, L. A gestão social em busca de paradigma. In: RICO, E. M.; RAICHELIS, R. (Org.). *Gestão social: uma questão em debate*. São Paulo: Educ/IEE/PUCSP, 1999.

DE SALAZAR, L.; VÉLEZ, J. A.; ORTIZ, Y. *Revisión de literatura de evidencias de efectividad en promoción de la salud en América Latina*. Santiago de Cali: Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, 2003. Proyecto Regional Latinoamericano de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud.

KICKBUSCH, I. O autocuidado en la promoción de la salud. In: PROMOCIÓN de la salud: una antología. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1996. p. 235-244. (Publicación Científica, 557).

KOGA, D. *Medidas de cidades: entre territórios de vida e territórios vividos*. São Paulo: Cortez, 2003.

LACERDA, A. et al. As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde-doença. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 445-457.

MAIA, M. Gestão social: reconhecendo e construindo referenciais. *Revista Virtual Textos & Contextos*, Porto Alegre, n. 4, dez. 2005.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 30, n. 1, abr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652001000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 maio 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Cartas [da promoção da saúde]*. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm>>. Acesso em: 20 maio 2009.

PROGRAMA DELNET DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO LOCAL. *Gestión de recursos en salud*. Turin: Centro Internacional De Formacion De La Oraganizacion Internacional Del Trabajo, 2007. (UD-5B).

SALES, L. G. L.; SILVA, R. M. M.; PESSOA, Z. S. *O território como um dos conceitos-chave para o entendimento da relação sociedade/natureza*. Brasília, DF : [s.n], 2006. Trabalho apresentado no III Encontro da ANPPAS.

SANTOS, M. *Metamorfoses do espaço habitado*. São Paulo: Hucitec, 1988.

SEN, A. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SLUZKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

UNIÓN INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD. *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud*. Madrid: Ministerio de la Salud y Consumo, 1999. p. 1-11.

Siglas

AB

Atenção Básica

Abrasco

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

AGS

Agente Comunitário de Saúde

Aisa

Assessoria de Assuntos Internacionais

Aneel

Agência Nacional de Energia e Eletricidade

Anvisa

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Apec

Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças

APS

Atenção Primária à Saúde

APS/AB

Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica

AVA

Ambiente Virtual de Aprendizagem

BVS

Biblioteca Virtual em Saúde

Cacon

Centro de Complexidade em Oncologia

Capda

Comissão Permanente para Acompanhamento e DST e Aids

CAT

Comunicação de Acidente de Trabalho

CBO

Classificação Brasileira de Ocupações

CBVE

Curso Básico de Vigilância Epidemiológica

CDC

Center of Disease Control and Prevention

Cebes

Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

Cedec

Conselho Nacional de Defesa Civil

Cenepi

Centro Nacional de Epidemiologia

Cerest

Centro de Referência em Saúde dos Trabalhadores

CES

Conselho Estadual de Saúde

Cesat

Centro Estadual de Saúde do Trabalhador

Cetesb

Companhia Estadual de Tecnologia em Saneamento Ambiental

CEV

Campanha de Erradicação da Varíola

CGR

Colegiados de Gestão Regionais

CGVAM

Coordenação-Geral de Vigilância Ambiental

CIB

Comissão de Intergestores Bipartite

CIE

Centro de Investigações Epidemiológicas

Cisama

Comissão Intersectorial de Saneamento e Meio Ambiente

Cist

Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador

CIT

Comissão de Intergestores Tripartite

CIT/Visa

Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária

Cive

Curso de Introdução à Vigilância Epidemiológica

CLT

Consolidação das Leis do Trabalho

CMS

Conselho Municipal de Saúde

CNAE

Classificação Nacional de Atividades Econômicas

CNDC

Conselho Nacional de Defesa do Consumidor

CNDSS

Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde

CNEN

Comissão Nacional de Energia Nuclear

CNES

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNRH

Conselho Nacional de Recursos Hídricos

CNRS

Comissão Nacional da Reforma Sanitária

CNS

Conferência Nacional de Saúde

CNST

Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

Conama

Conselho Nacional do Meio Ambiente

Conasems

Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

Conasq

Comissão Nacional de Segurança Química

Conass

Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

Copasq

Comissão Coordenadora do Plano de Ação para a Segurança Química

Copesa

Comissão Permanente de Saúde Ambiental

Cosat

Coordenação da Área Técnica de Saúde do Trabalhador

Cosems

Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde

Crisa

Consórcio Rodoviário Intermunicipal

CRST ou Crest

Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores, depois, CEREST

CT

Câmara Temática

CT Visa

Câmara Temática da Vigilância Sanitária

CVE

Centro de Vigilância Epidemiológica

DAnT

Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Dape

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Dataprev

Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social

DATASUS

Departamento de Informação e Informática do SUS

Dieese

Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos

DIEHSA

Divisão de Ecologia Humana e Saúde Ambiental

DLIS

Desenvolvimento Local e Integral Sustentado

DPDC/MJ

Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor do Ministério da Justiça

DST

Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECD

Epidemiologia e Controle de Doenças

ESF

Equipe de Saúde da Família

ESF

Estratégia de Saúde da Família

ESPII

Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

Faec

Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

Feema

Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente

FPE

Fundo de Participação dos Estados

FPM

Fundo de Participação dos Municípios

FSESP

Fundação Serviços de Saúde Pública

Funasa

Fundação Nacional de Saúde

Geisat

Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador

GPs

General Practitioners

GT

Grupo de Trabalho

GTVS

Grupo Técnico de Vigilância em Saúde

GTVS/CIT

Grupo Técnico de Vigilância em Saúde da Comissão Intergestores Tripartite

HAS

Hipertensão Arterial Sistêmica

HND

História Natural de Doenças

Ibama

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis

IBGE

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Idec

Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor

IGR

Instituto Goiano de Radioterapia

INCQS

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde

Inmetro

Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial

Inpe

Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais

IOM

Institute of Medicine

Ipasgo

Instituto de Previdência e Assistência Social do Estado de Goiás

Lacen	ONA
Laboratório Central de Saúde Pública	Organização Nacional de Acreditação
LDO	ONG
Lei de Diretrizes Orçamentárias	Organização Não Governamental
LOA	Opas
Lei Orçamentária Anual	Organização Pan-Americana da Saúde
LOS	PAB
Lei Orgânica da Saúde	Piso da Atenção Básica
MAC Visa	Pacs
Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
MAPA	PAP-VS
Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento	Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde
MDICE	Pavs
Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
MF	PBVS
Ministério da Fazenda	Incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária
MIT	PBVS
Ministério da Ciência e Tecnologia	Piso Básico de Vigilância Sanitária
MMA	PDI
Ministério do Meio Ambiente	Plano Diretor de Investimentos em Saúde
MPAS	PDR
Ministérios da Previdência Social	Plano Diretor de Regionalização
MS	PDVISA
Ministério da Saúde	Plano Diretor de Vigilância Sanitária
MT	Pisast
Ministério do Trabalho	Painel de Informações em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
MTE	PlanejaSUS
Ministério do Trabalho e Emprego	Sistema de Planejamento do SUS
Nasf	PNAB
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	Portaria Nacional da Atenção Básica
NO	PNH
Normas Operacionais	Programa Nacional de Humanização
Noas	PNMA
Norma Operacional da Assistência à Saúde	Política Nacional de Meio Ambiente
NOB	PNST
Norma Operacional Básica	Política Nacional de Saúde do Trabalhador
Nost/SUS	PNSST
Norma Operacional de Saúde do Trabalhador	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
Notivisa	PPA
Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária	Plano Plurianual
NR	PPI
Norma Regulamentadora	Programação Pactuada e Integrada
Nusp	PPI/ECD
Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social	Programação Pactuada e Integrada da Epidemiologia
ODM	PPI/VS
Objetivos de Desenvolvimento do Milênio	Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde
OGM	Prozon
Organismos geneticamente modificados	Comitê Executivo Interministerial para a Proteção da Camada de Ozônio
OMS	PS
Organização Mundial da Saúde	Promoção da Saúde

PST Programa de Saúde dos Trabalhadores	SNVE Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
PTS Projeto Terapêutico Singular	SNVS Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
Renast Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador	SNVS/MS Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária
RSI Regulamento Sanitário Internacional	Sucam Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SAS/MS Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde	Suleide Superintendência Leide das Neves
SAT Seguro de Acidentes do Trabalho	SUS Sistema Único de Saúde
Seade Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados	SVS Secretaria de Vigilância em Saúde (após 2003)
Sesmet Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho	SVS Secretaria de Vigilância Sanitária (sucedeu a SNVS/MS até 1999, quando foi substituída pela Anvisa)
SF Saúde da Família	TAM Termo de Ajustes e Metas
SIA Sistema de Informações Ambulatoriais	TCG Termo de Compromisso de Gestão
Siab Sistema de Informações da Atenção Básica	TCU Tribunal de Contas da União
SIH Sistema de Informações Hospitalares	TFECD Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
SIM Sistema de Informações de Mortalidade	TFVS Taxa de Fiscalização em Vigilância Sanitária
Sinan Sistema de Informações de Agravos de Notificação	TFVS Teto Financeiro da Vigilância em Saúde
Sinasc Sistema de Informações de Nascidos Vivos	TFVS Teto Financeiro de Vigilância Sanitária
Sinavisa Sistema Nacional de Informações de Vigilância Sanitária	UF Unidade da Federação
Sinitox Sistema Nacional de Informação Tóxico-Farmacológica	Unicef Fundo das Nações Unidas para a Infância
Sinvas Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde	UTI Unidade de Terapia Intensiva
SINVSA Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental	UVE Unidades de Vigilância Epidemiológica
Siops Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde	VAS Vigilância Ambiental em Saúde
Siságua Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano	Vigiágua Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano
Sislab Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública	Vigiquim Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada a Populações Expostas a Substâncias Químicas
Sissolo Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado	VigiSUS Vigilância e Controle de Doenças
SNDC Sistema Nacional de Defesa do Consumidor	Visa Vigilância Sanitária
	Visat Vigilância em Saúde do Trabalhador

Formato: *205x260mm*
Tipologias: *Meridien e Frutiger*
Papel: *Offset 90 g/m²*
Capa: *Cartão supremo 250 g/m²*
CTP digital, impressão e acabamento: *Ediouro Gráfica e Editora Ltda.*
Rio de Janeiro, agosto de 2009