

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

Contribuições para o debate



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde



Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde

A ATENÇÃO À SAÚDE COORDENADA PELA APS:

CONSTRUINDO AS REDES DE ATENÇÃO NO SUS

Contribuições para o debate

Brasília-DF

2010

© 2010 Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

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

Elaboração, distribuição e informações:

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – REPRESENTAÇÃO BRASIL
Gerência de Sistemas de Saúde / Unidade Técnica de Serviços de Saúde
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19
CEP: 70800-400 Brasília/DF – Brasil
<http://www.paho.org/bra>

Capa e Projeto Gráfico:
All Type Assessoria editorial Ltda.

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
INTRODUÇÃO	7
PARTE I	
As redes de atenção à saúde: uma resposta à crise global dos sistemas de saúde...	11
A crise contemporânea dos sistemas de saúde.....	13
PARTE II	
O desafio da implantação de redes de atenção à saúde no Brasil	31
O SUS: uma política pública de saúde exitosa	33
Relações interfederativas, regionalização e pacto pela saúde	45
PARTE III	
Contribuições para a construção de redes de atenção à saúde coordenadas pela APS no SUS	53
1. Relações interfederativas mais harmônicas e produtivas no SUS	55
2. O papel do MS na promoção de redes de atenção à saúde no SUS	58
3. O (sub)financiamento do SUS	62
4. Consolidar as redes de atenção à saúde no SUS.....	66
5. Redes de atenção: a saúde coordenada pela APS	70
Anexo I	81
Anexo II	95

Equipe de elaboração do documento:

Consultores OPAS:

- Renato Tasca (coordenador)
- Félix Rigoli
- Celina Kawano

Especialistas Convidados

- Adail Rollo
- Ana Paula Sóter
- Carmem Lavras
- Eugênio Vilaça
- Flávio Goulart
- Renilson Rehem

Apoio

- Alessandro Moraes: administração e gerência
- Adriana Trevizan: logística
- Newton Lemos, Rosane Gomes, Márcia Pinheiro, Rosa Silvestre, Thiago Sacoman: apoio técnico

NOTA:

Esse trabalho foi possível graças ao apoio financeiro da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, via Termo de Cooperação n. 43, celebrado entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde



APRESENTAÇÃO

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

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

Como parte de seu processo de cooperação técnica com o Brasil, rumo a esse objetivo, a OPAS vem desenvolvendo, junto às três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde, esforços intensivos para estimular o debate sobre o tema de redes de atenção coordenadas pela Atenção Primária, bem como para evidenciar e valorizar experiências, práticas e instrumentos inovadores relacionados ao mesmo. Com isso, tem sido possível produzir, gerenciar e divulgar conhecimentos úteis para os gestores envolvidos na construção e gestão dessas redes de atenção, através de instrumentos inovadores e de amplo acesso, como a série técnica *Navegador-SUS* e o *Portal para Gestores do SUS*.

A presente iniciativa, que temos a honra de colocar à disposição dos gestores brasileiros de saúde e demais interessados, se refere a um documento-base de um trabalho mais complexo e abrangente, que será concluído no mês de março de 2011, com a publicação de um livro de posição da OPAS Brasil sobre redes de atenção à saúde coordenadas pela APS.

A presente versão (dezembro 2010), à qual é dado um caráter preliminar, almeja oferecer de imediato, aos novos gestores do SUS, ingredientes para reflexão relativos à terceira década do SUS que ora se inicia.

A OPAS Brasil deseja que essas idéias sejam discutidas e ampliadas, de forma a que venham enriquecer o texto final a ser publicado, augurando também que possam trazer, já de maneira imediata, contribuições ao debate do tema das redes de atenção à saúde baseadas na APS.

Diego Victoria

Representante da OPAS/OMS no Brasil



INTRODUÇÃO

OBJETIVOS

Esse documento representa uma contribuição da OPAS/OMS no Brasil para aprofundar as discussões atuais sobre os desafios da implantação de redes de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, visando oferecer elementos estratégicos para o futuro gestor federal preparar o SUS para os desafios da próxima década.

Assim, esse documento tem como objetivo principal analisar o processo da implementação de redes de atenção à saúde no Brasil, visando identificar os principais desafios a serem enfrentados e traçar conclusões e recomendações estratégicas, com destaque para o fortalecimento da APS.

METODOLOGIA

Para realizar a presente tarefa, aliás bastante complexa, a OPAS constituiu um grupo de trabalho integrado por consultores da OPAS Brasil (Félix Rigoli, Renato Tasca e Celina Kawano) e também por profissionais brasileiros com conhecimentos e experiência do Sistema Único de Saúde (Adail Rollo, Ana Paula Sóter, Carmem Lavras, Eugênio Vilaça, Flávio Goulart, Renilson Rehem).

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

Esse “documento síntese” foi enviado para 66 pessoas com experiência significativa na gestão do SUS ou atuantes em centros de estudos qualificados nestes temas, sendo essas solicitadas a dar sua opinião sobre as afirmativas do documento síntese. A opinião delas foi sintetizada por uma escala de concordância, de zero a cinco (de *discordo totalmente* até *concordo totalmente*) sobre cada uma dessas 30 afirmativas. Dos consultados, 47 pessoas responderam, ou seja, 71% do total, conforme lista nominal a seguir.

Pessoas que responderam ao questionário sobre o documento síntese	
Ademar Arthur Chioro dos Reis	Jarbas Barbosa da Silva Jr
Alberto Beltrame	Jorge José Santos Pereira Solla
Afra Suassuna Fernandes	José Agenor Álvares da Silva
Andre Luis Bonifácio de Carvalho	José Énio Servilha Duarte
Antônio Carlos Figueiredo Nardi	José Maria Borges
Antonio Roberto Stivalli	Jurandi Frutuoso Silva
Aparecida Pimenta	Lucia Queiroz
Carlos Eduardo Aguilera Campos	Marcelo Gouvêa Teixeira
Claunara Shilling Mendonça	Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva
Dea Mara Carvalho	Maria do Carmo Cabral Carpintéro
Edmundo Gallo	Maria José de Oliveira Evangelista
Eliane Regina da Veiga Chomatas	Neilton Araujo de Oliveira
Elias Rassi Neto	Nelson Rodrigues dos Santos
Elizabeth Barros	Nilo Bretas Junior
Emerson Elias Merhy	Oswaldo Yoshimi Tanaka
Ezaú Pontes	Patricia Tavares Ribeiro Aguilera Campos
Fausto Pereira	Paulo Eduardo Elias
Francisco Campos	Ricardo de Freitas Scotti
Gerson Oliveira Penna	Roberto Passos Nogueira
Gilson Carvalho	Ruth Borges Dias
Gonzalo Vecina Neto	Sergio Francisco Piola

Pessoas que responderam ao questionário sobre o documento síntese

Gustavo Diniz Ferreira Gusso	Sólon Magalhães Viana
Heloiza Machado de Souza	Suzana Cristina Silva Ribeiro
Helvécio Miranda Magalhães Júnior	

Foi um conjunto extremamente rico e profundo de observações e reflexões, que ajudaram de maneira significativa a redação do texto final deste documento. Seus instrumentos metodológicos usados e os resultados do levantamento são mostrados no Anexo I.

Essas contribuições foram coletadas visando oferecer elementos objetivos para melhorar a formulação e a argumentação das idéias, propostas e mensagens originais. Todo o material disponível foi analisado na última oficina do grupo de trabalho, em novembro 2010, por meio da qual foi definida a estrutura do texto final reportada nesse documento.

Em geral, houve uma adesão significativa às propostas contidas nesse documento. Como é natural, houve uma multiplicidade de posições e de interpretações, algumas das quais de discordância ou distanciamento, outras, muito mais frequentes, de consenso e apoio.

Esse documento está disponível *on-line* no site <http://new.paho.org/bra> visando estimular debates e discussões sobre o tema.

A partir deste trabalho e após socialização de seus resultados, será elaborado o documento de posição da OPAS sobre redes integradas coordenadas pela APS no SUS, que deverá ser publicado no mês de março de 2011.



PARTE I

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



A CRISE CONTEMPORÂNEA DOS SISTEMAS DE SAÚDE

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

Crise: incoerência entre necessidades de saúde e respostas sociais

Há uma relação muita estreita entre a transição da situação de saúde e a transição dos sistemas de saúde, aspectos que juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determinam a transição dos sistemas de saúde. Por essa razão, em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver uma coerência entre a situação de saúde, expressa, especialmente, pelas situações demográficas e epidemiológicas, e os sistemas de saúde (SCHRAMM *et al.*, 2004). Quando essa coerência se rompe, como ocorre nesse momento em escala global, instala-se uma crise nos sistemas de saúde.

Situação de saúde do século XXI e sistema de saúde do século XX

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

capacidade de adaptarem-se, em tempo, às mudanças contextuais. Nisso reside a crise universal dos sistemas de saúde, concebidos e desenvolvidos com uma presunção de continuidade de uma atuação voltada para as condições e eventos agudos e desconsiderando a verdadeira “epidemia” contemporânea das condições crônicas (WHO, 2003; BENGOA, 2008). O resultado é que se tem uma situação de saúde do século XXI sendo respondida por um sistema de saúde desenvolvido no século XX, que se volta, principalmente, para a lógica do atendimento às condições e aos eventos agudos, agenda essa que foi hegemônica do século passado.

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

Transição demográfica e condições crônicas

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

“Os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona... O paradigma do tratamento agudo é dominante e, no momento, prepondera em meio aos tomadores de decisão, trabalhadores da saúde, administradores e pacientes. Para lidar com ascensão das condições crônicas, é imprescindível que os sistemas de saúde transponham esse modelo dominante” (WHO, 2003)

Necessidades de mudanças nos sistemas de saúde

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

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

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

"A maioria dos países de nossa Região requerem profundas mudanças estruturais nos seus sistemas de saúde para que possam contribuir de maneira efetiva à proteção social, à garantia dos direitos à saúde de todos os cidadãos e à coesão social. Entre essas mudanças é essencial a superação (...) da fragmentação organizacional, isto é, a coexistência, no território, de infraestrutura e capacidades de diversos subsistemas sem coordenação e insuficiente integração. Isso eleva os custos por duplicação e por maiores custos de transação, bem como gera diferentes tipos e qualidades de prestações de serviços" (OPAS, 2007).

Fragmentação como causa de descontinuidade da atenção à saúde

Pesquisas realizadas pela Organização Pan-Americana da Saúde em países das Américas mostraram que somente 22% dos entrevistados da atenção primária à saúde e 35% dos gestores e prestadores de serviços especializados consideram que os sistemas de referência e contrarreferência entre esses dois níveis funcionam. Com respeito ao local de atenção, os entrevistados declararam que 52% das pessoas hospitalizadas poderiam ser tratadas em ambiente não hospitalar e 47% dos entrevistados acharam que as pessoas eram atendidas pela mesma equipe na atenção primária à saúde (OPAS, 2010). Assim, pode-se dizer que

existe hoje uma percepção generalizada que sistemas fragmentados de saúde fracassaram internacionalmente. Com certeza, não poderão ter melhor desempenho também no Brasil.

- **Efeitos negativos da fragmentação**

A fragmentação dos sistemas de saúde manifesta-se de formas distintas. No desempenho geral do sistema, aparece como falta de coordenação entre os níveis e pontos de atenção, multiplicação de serviços e infraestrutura, capacidade ociosa e atenção à saúde no lugar não apropriado. Na experiência das pessoas que utilizam o sistema, a fragmentação expressa-se como falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde da população (OPAS, 2010). O destaque a seguir resume alguns aspectos negativos dos sistemas fragmentados de saúde.

Os sistemas fragmentados de saúde:

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

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

As redes de atenção à saúde

- **Redes de atenção – um pouco de história**

A proposta de redes de atenção à saúde não é nova. Na realidade, é quase secular, tendo em vista que sua origem está no Relatório Dawson, produzido em 1920, no Reino Unido, um documento fundante do Serviço Nacional de Saúde

(DAWSON, 1964). A partir dos anos 90 as redes de atenção à saúde foram revisitadas em função da crise da saúde nos países desenvolvidos e surgiram, então, várias propostas de superação dos sistemas de saúde fragmentados: sistemas organizados de serviços de saúde, nos Estados Unidos (SHORTELL *et al.*, 1993); sistemas integrados de saúde, no Canadá (LEAT *et al.*, 1996); sistemas clinicamente integrados, no Reino Unido (HAM, 2007); organizações sanitárias integradas, na Espanha (VÁSQUEZ e VARGAS, 2007).

Recentemente, a Organização Pan-Americana da Saúde publicou um documento oficial propondo as redes integradas de serviços de saúde como alternativa para a fragmentação dos sistemas de saúde prevalecente em seus países-membro. Esse documento serviu de base para que os países da Região das Américas e do Caribe aprovassem, na reunião do 49º Conselho Diretivo da OPS, realizada em Washington, no período de 28 de setembro a 2 de outubro de 2009, a resolução CD49.R22, em que se comprometem a implantar, nos respectivos países, as redes de atenção à saúde.

- **Definição e atributos das redes de atenção coordenadas pela APS**

A rede de atenção à saúde é definida, nesse documento, como *“uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve”* (OPAS, 2010).

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

Os atributos das redes de atenção coordenadas pela APS

1: Modelo assistencial:

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

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

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

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

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

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

2: Governança e estratégia:

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

Atributo 8: Participação social ampla.

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

3: Organização e gestão:

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

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

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

Atributo 13: Gestão baseada em resultados.

4: Alocação de recursos financeiros e incentivos:

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

Fonte: OPS, 2010

As redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos básicos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

- **Primeiro elemento das redes de atenção: a população**

O primeiro elemento das redes de atenção à saúde e sua razão de ser é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica e cadastrada na atenção primária à saúde. É isso que marca a atenção à saúde baseada na população, uma característica essencial das redes de atenção à saúde. A atenção à saúde baseada na população é a capacidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica sob sua responsabilidade, de acordo com riscos, bem como de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências (Tufts Managed Care Institute, 2008).

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

São os seguintes os momentos de tal processo:

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

- **Segundo elemento das redes de atenção: a estrutura operacional**

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

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

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

- **Terceiro elemento das redes de atenção: o modelo de atenção**

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

As condições crônicas e as inovações nos modelos de atenção

A crise contemporânea dos sistemas de saúde, provocada especialmente pelas dificuldades em lidar com o incremento vertiginoso das condições crônicas, levou a buscar soluções por meio da construção de modelos de atenção às condições crônicas. O modelo seminal, reelaborado e aplicado em diferentes países, é o modelo de atenção crônica (WAGNER, 1998).

Uma das reelaborações do modelo de atenção crônica foi feita pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) que desenvolveu o modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas para ser implementado em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Ele está representado na Figura 1.

Figura 1: O modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2003)

A expansão do modelo de atenção crônica, perseguido pelo modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas, deriva de sua inserção em um con-

texto político mais abrangente que envolve as pessoas usuárias e suas famílias, as comunidades e as organizações de saúde. Por isso, propõe-se a melhorar a atenção à saúde em três níveis: o nível micro, os indivíduos e as famílias; o nível meso, as organizações de saúde e a comunidade; e o nível macro, as macropolíticas de saúde.

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

“Inovar o tratamento significa reorientar os sistemas de saúde de forma a que os resultados valorizados pelo sistema sejam efetivamente produzidos. Os resultados esperados para os problemas crônicos diferem daqueles considerados necessários para os problemas agudos. As necessidades dos pacientes com condições crônicas também são distintas. Os pacientes com problemas crônicos precisam de maior apoio, não apenas de intervenções biomédicas. Necessitam de cuidado planejado e de atenção capaz de prever suas necessidades. Esses indivíduos precisam de atenção integrada que envolva tempo, cenários de saúde e prestadores, além de treinamento para se autogerenciarem em casa. Os pacientes e suas famílias precisam de apoio em suas comunidades e de políticas abrangentes para a prevenção ou gerenciamento eficaz das condições crônicas. O tratamento otimizado para as condições crônicas requer um novo modelo de sistema de saúde” (Organização Mundial da Saúde, 2003).

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

MUDANÇAS PRECONIZADAS PELOS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

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

Modelos de atenção às condições agudas

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

Gestão da clínica

Tanto nos modelos de atenção às condições agudas quanto nos de atenção às condições crônicas, aplicam-se as ferramentas da gestão da clínica. A gestão da clínica constitui-se de um conjunto de tecnologias de microgestão que se destinam a prestar uma atenção à saúde de efetiva, eficiente, de qualidade, equitativa e de forma humanizada. A gestão da clínica tem sido utilizada para gerir

os sistemas de saúde em função de singularidades econômicas, organizacionais e de certos princípios e leis universais que regem esses sistemas.

Em geral, a gestão da clínica assenta-se em diretrizes clínicas que são recomendações preparadas sistematicamente, com o propósito de influenciar decisões dos profissionais de saúde e dos usuários, a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas (Institute of Medicine, 1990). A partir das diretrizes clínicas estruturam-se outras tecnologias de gestão da clínica, como a gestão das condições de saúde, a gestão de caso, a auditoria clínica e as listas de espera.

Evidências do impacto das redes de atenção nos sistemas de saúde

Há evidências de que as implantações das redes de atenção à saúde produzem resultados positivos nos sistemas de saúde. Essas evidências, provindas de diferentes trabalhos feitos em vários lugares, estão assinaladas no documento de posição da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2010). Os impactos principais são resumido no destaque que se segue:

EVIDENCIAS DO IMPACTO DAS REDES DE ATENÇÃO NOS SISTEMAS DE SAÚDE

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

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

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

A proposta original da APS está, também, contida no Relatório Dawson (DA-WSON, 1964), mas sua institucionalização nos sistemas de saúde foi feita após a reunião de Alma Ata, realizada em 1978 (OMS/UNICEF, 1979). Desde então, diferentes interpretações de APS surgiram na prática social dos sistemas de saúde (VUORI, 1984; UNGER e KILLINGSWORTH, 1986).

Interpretações da Atenção Primária à Saúde

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

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

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

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

APS: estratégia de reordenamento do sistema de saúde

A inserção da APS em redes de atenção à saúde implica, necessariamente, a sua interpretação como estratégia de reordenamento do sistema de saúde. Isso significa, na prática, superar as visões de atenção seletiva e de mero nível de atenção. Por isso, há quem fale de APS “colocada no banco do motorista” e conduzindo todo sistema de saúde (SALTMAN et al., 2006), em “sistemas de saúde baseados na APS” (OPAS, 2007), ou em “redes integradas de serviços de saúde baseadas na APS” (OPAS, 2010).

Em documento de posição sobre a renovação da APS nas Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde afirma:

“Um sistema de saúde baseado na APS está conformado por um conjunto de elementos estruturais e funcionais essenciais que garantem a cobertura e o acesso universal aos serviços, os quais devem ser aceitáveis para a população e promovem a equidade. Presta atenção integral, integrada e apropriada ao longo do tempo, enfatiza a prevenção e a promoção e garante o primeiro contacto do usuário com o sistema, tomando as famílias e as comunidades como bases para o planejamento e a ação. Um sistema de saúde baseado na APS requer um sólido marco legal, institucional e organizacional, além de recursos humanos, econômicos e tecnológicos adequados e sustentáveis. Emprega práticas ótimas de organização e gestão em todos os níveis do sistema para obter qualidade, eficiência e efetividade e desenvolve mecanismos ativos com o fim de maximizar a participação individual e coletiva em matéria de saúde” (OPAS, 2007)

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

ATRIBUTOS DA APS (Starfield, 2002)

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

FUNÇÕES ESSENCIAIS DA APS

- **Resolubilidade:** inerente ao nível de atenção primária, significa que ela deve ser capacitada, cognitiva e tecnologicamente, para solucionar mais de 85% dos problemas de sua população.
- **Comunicação:** expressa o exercício, pela APS, do papel de centro de comunicação das redes de atenção à saúde, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes.
- **Responsabilização:** manifesta o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população adscrita.

Relatório Mundial OMS 2008: "APS: Agora mais do que nunca"

Em comemoração aos 30 anos de Alma Ata, a Organização Mundial da Saúde, em seu Relatório Mundial de Saúde 2008, lançou uma convocação internacional de forte apelo sobre a APS: "Agora mais do que nunca". Isso significa reconhecer que três décadas depois da histórica reunião realizada em Alma Ata, na atual

República do Cazaquistão, o foco do movimento da APS deve mudar fortemente nas dimensões apresentadas no destaque seguinte:

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

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2010)

Eficácia dos sistemas de saúde baseados na APS

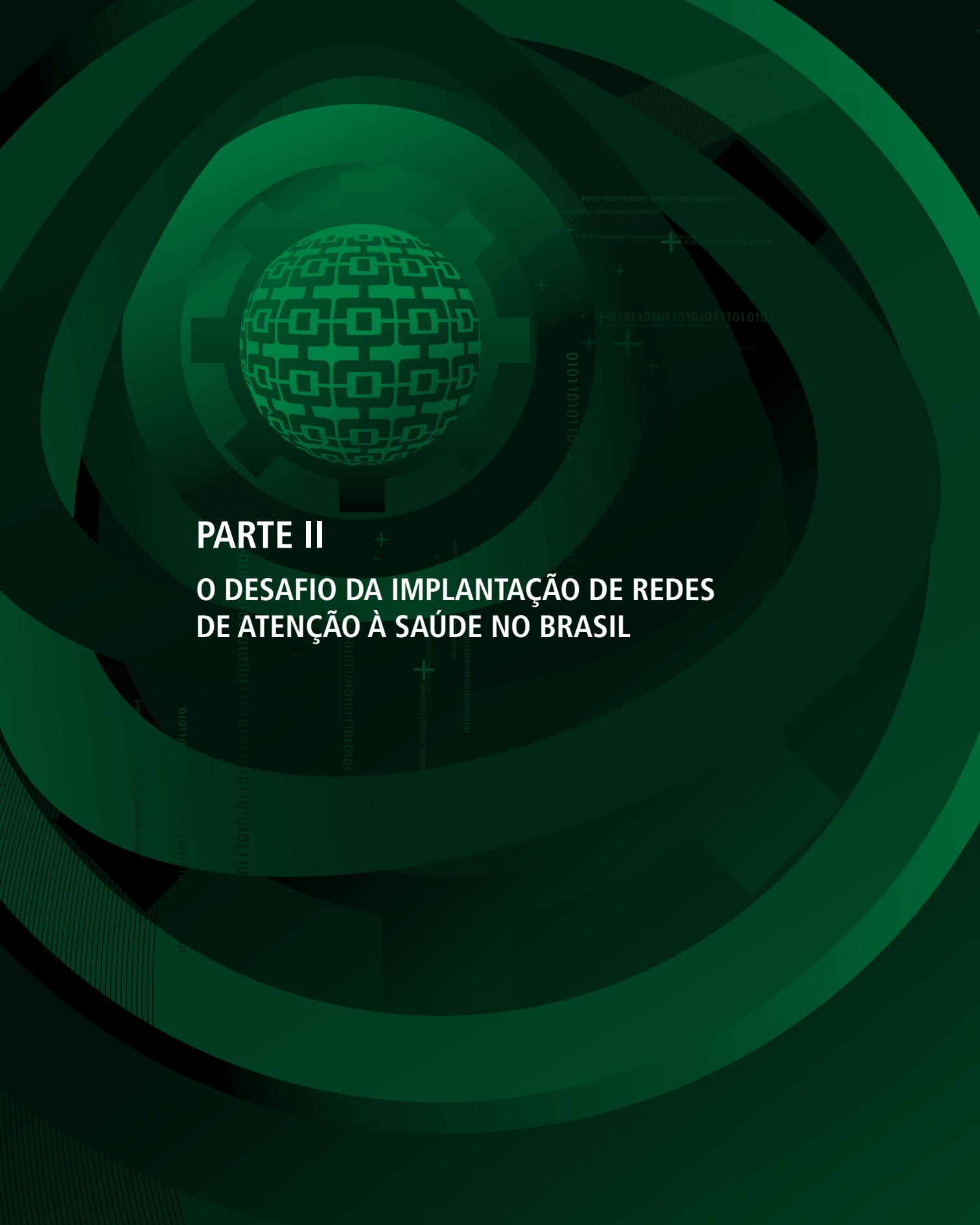
Estudos internacionais mostraram que os sistemas de saúde baseados numa forte orientação para a APS apresentaram resultados melhores e mais equitativos, foram mais eficientes, tiveram menores custos e produziram mais satisfação para os usuários quando comparados com sistemas de fraca orientação para a APS. Esses sistemas baseados na APS possibilitaram liberar recursos para atender às necessidades dos mais pobres; melhoraram a equidade porque foram menos custosos para os indivíduos e mais custo/efetivos para a sociedade; asseguraram maior eficiência dos serviços porque pouparam tempo nas consultas, reduziram o uso de exames laboratoriais e reduziram os gastos em saúde; liberaram recursos para atender às necessidades dos excluídos; empoderaram grupos vulneráveis; minimizaram os gastos diretos dos bolsos das famílias, que são mecanismos que geram iniquidades nos sistemas de saúde, ao instituírem a cobertura universal; reduziram as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial; asseguraram acesso e primeiro contacto; melhoraram os resultados sanitários; beneficiaram outros níveis do sistema; e permitiram reduzir os cuidados de urgência e emergência.

Muitos estudos demonstram que as pessoas que tiveram uma fonte regular de APS durante sua vida ficaram mais satisfeitas com o sistema de saúde (STAFFFIELD, 1991; MACINKO *et al.*, 2003; Health Council of the Netherlands, 2004; Health Evidence Network, 2004; Organización Panamericana de la Salud, 2007).

APS – Centro de comunicação das redes de atenção

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

Finalmente, para implementar redes de atenção à saúde e modelos inovadores de atenção à saúde é fundamental construir sistemas de educação permanente dos profissionais de saúde. A educação permanente dos profissionais de saúde tem como sujeitos pessoas adultas e deve se estruturar em alguns pontos fundamentais: a aprendizagem adquire uma característica centrada no aprendiz, na independência e na autogestão da aprendizagem; as pessoas aprendem o que realmente precisam saber ou aprendizagem para a aplicação prática na vida; a experiência é rica fonte de aprendizagem através da discussão e solução de problemas em grupos; e a aprendizagem é baseada em problemas, exigindo ampla gama de conhecimentos para se chegar à solução (MAMEDE e PENAFORTE, 2001; PERILLO *et al.*, 2007).



PARTE II

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



O SUS: UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE EXITOSA

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

O SUS se constitui na política pública mais inclusiva praticada no Brasil. Antes da Constituição Federal de 1988, os brasileiros eram desigualmente divididos entre uma minoria que tinha emprego formal e acessava os serviços da previdência pública e os que não os possuíam e que eram tratados como indigentes ou por meio de políticas de saúde pública seletivas. A instituição do SUS permitiu incluir, de forma rápida e extensiva, milhões de brasileiros como cidadãos portadores de direitos no campo da saúde.

SUS – Estrutura, processos, resultados

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

DADOS BÁSICOS SOBRE A ESTRUTURA DO SUS	
Rede hospitalar	Mais de 6 mil hospitais
Leitos	Mais de 400 mil
Unidades ambulatoriais	Mais de 60 mil
Equipes de ESF (jun 2010)	30.996
Equipes saúde bucal (idem)	19.609
Municípios cobertos ESF	5.272
População coberta ESF	98 milhões (51,6% do total)
ACS	238.304
Cobertura ACS	116 milhões (61,4% do total)

DADOS BÁSICOS SOBRE PROCESSOS/ANO DO SUS

Procedimentos ambulatoriais	2,3 bilhões
Transplantes de órgãos,	16 mil
Cirurgias cardíacas,	215 mil
Internações hospitalares	11,3 milhões
Procedimentos quimio / radioterapia	9 milhões

ALGUNS RESULTADOS EXPRESSIVOS DO SUS

Mulheres de mais de 25 anos que fizeram mamografia	Incremento 48,8% (2003 a 2008)
Mulheres de 25 a 59 anos, com realização de exame preventivo de câncer de colo de útero	Incremento de 82,6% para 87,1% (2003 a 2008)
Mulheres com 25 anos ou mais submetidas ao menos uma vez a exame clínico das mamas	Incremento 28,5% (2003 a 2008)
% de população que realizou uma consulta médica	67,7% nos últimos 12 meses

Fontes: CONASS, 2010; TEMPORÃO, 2009; (IBGE, 2010).

SUS e queda da mortalidade infantil

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

Políticas inovadoras do SUS

O SUS apresenta, em sua trajetória, processos permanentes e incrementais de transformações e acumulações, boa parte deles inovadores nas políticas públicas nacionais e, até mesmo, internacionais. A forma como se desenhou e se implementou o pacto federativo na saúde com a utilização de mecanismos co-

perativos e de decisão consensual (CIT, CIB e Colegiados Regionais), o repasse fundo-a-fundo, o pagamento por captação (PAB) e a atenção primária à saúde desenvolvida pela saúde da família são exemplos desses mecanismos criativos, alguns deles replicados por outras políticas sociais brasileiras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

SUS: “uma solução com problemas”, não “problema sem solução”

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

Uma idéia-síntese da situação do sistema público de saúde brasileiro está contida num documento de posição do CONASS: “*O SUS não deve ser visto como um problema sem solução, mas como uma solução com problemas*” (CONASS, 2006).

A situação de saúde dos brasileiros e a fragmentação do SUS

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

- **Transição demográfica**

Do ponto de vista demográfico, o percentual de pessoas de mais de 65 anos que era de 2,7% em 1960 passou para 5,4% em 2000 e deverá alcançar 19% em 2050, superando o número de jovens (BRITO, 2007). Em algumas regiões, o percentual de pessoas idosas já atinge, em 2010, 10% da população total. Uma população em processo rápido de envelhecimento significa, prospectivamente, um crescente incremento relativo das condições crônicas porque elas afetam mais os segmentos de maior idade. A PNAD 2008 demonstrou que com o aumento da idade aumentam as doenças crônicas, de tal modo que 79,1% dos brasileiros de 65 ou mais anos relataram ser portadores de alguma doença crônica; 31,3% da população geral, 60 milhões de pessoas, tinham alguma doença crônica; e 5,9% dessa população total apresentavam três ou mais doenças crônicas (IBGE, 2010).

- **Tripla carga de doença e predomínio das condições crônicas**

Em relação à situação epidemiológica, a análise da carga de doenças no Brasil, medida pelos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAI's), mostrou a seguinte composição: doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição, 14,7%; causas externas, 10,2%, condições maternas e perinatais, 8,8%; e doenças crônicas, 66,3% (SCHRAMM *et al.*, 2004)

Esse predomínio relativo das condições crônicas tende a aumentar em função da produção social de condições crônicas, a partir de uma prevalência significativa e, em geral, crescente, dos determinantes sociais da saúde proximais ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, como o tabagismo, a inatividade física, o excesso de peso, o uso excessivo de álcool e outras drogas, a alimentação inadequada e outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A situação epidemiológica brasileira é muito singular e define-se por alguns atributos fundamentais: a superposição de etapas, com a persistência concomitante das doenças infecciosas e parasitárias, das condições maternas e perinatais, das causas externas e das doenças crônicas; as chamadas “contratransições”, movimentos de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas, as

doenças reemergentes; a transição prolongada, a falta de resolução da transição num sentido definitivo; a polarização epidemiológica, representada pela agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde; e o surgimento das novas doenças ou enfermidades emergentes.

Essa complexa situação tem sido definida, como tripla carga de doenças, porque envolve, ao mesmo tempo: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso ou obesidade, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada e outros; e o forte crescimento das causas externas (FRENK, 2006).

- **Fragmentação no SUS**

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

O (SUB)FINANCIAMENTO DO SUS

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

Subfinanciamento do SUS: um problema complexo

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

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

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

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

A análise das informações sobre gastos em saúde provenientes das Estatísticas Mundiais de Saúde de 2010 da Organização Mundial de Saúde, relativas a 2007 no caso do Brasil, (World Health Statistics, 2010) proporciona uma perspectiva internacional de análise sobre financiamento dos sistemas de saúde.

O gasto total em saúde, no Brasil, atingiu 8,4% do PIB, o que é um valor percentual próximo ou superior aos de alguns países desenvolvidos. Contudo, ao se analisar o gasto público em saúde como percentual do gasto total em saúde, o Brasil atingiu um valor de 41,6%. Esse percentual de gastos públicos tem sido considerado como um indicador de prioridade em saúde pelos países (THOMSON ET AL., 2009). No Brasil, esse percentual é muito baixo, inferior ao de países latino-americanos como: Argentina (50,8%); Chile (58,7%); Colômbia (84,2%); Costa Rica (72,9%); Cuba (95,5%); e México, (45,4%). É inferior, inclusive, ao percentual encontrado nos Estados Unidos, um sistema fortemente segmentado, que foi de 45,5%.

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

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

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

- **Orçamento público e gasto em saúde**

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

- **Gasto *per capita***

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

Os gastos públicos *per capita* foram, em dólar médio, de US\$ 252,00 e, em dólar com paridade de poder de compra, de US\$ 348,00. É um valor baixo com-

parado com outros países, para o que é melhor utilizar o dólar corrigido pelo poder de compra: Argentina, US\$ 671,00; Chile, US\$ 507,00; Costa Rica, US\$ 656,00; Cuba, US\$ 875,00; México, US\$ 372,00. Isso sem considerar os países desenvolvidos como: Canadá, US\$ 3.086,00; Espanha, US\$ 1.917,00; Estados Unidos, US\$ 3.317,00; França, US\$ 3.709,00; Itália, US\$ 2.056,00; Portugal, US\$ 1.613,00; e Reino Unido, US\$ 2.446,00.

- **Evolução dos gastos públicos em saúde na história do SUS**

Consideram-se gastos públicos com saúde, de acordo com a Constituição Federal (1988) e a Lei nº 8.080/90, aqueles destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde da população em geral, financiados com recursos fiscais dos três níveis de governo – federal, estadual e municipal. O crescimento dos gastos públicos observado a partir da promulgação da EC 29 deve-se em grande parte, ao crescimento dos gastos estaduais e municipais.

A participação relativa dos municípios no financiamento do SUS foi progressivamente aumentando, em especial no tocante à atenção primária em saúde. Enquanto em 1993 o governo federal contribuía com 72% dos recursos para o SUS e os municípios com 16% em 2002 esses percentuais tinham se alterado para 58% e 22%, respectivamente, enquanto os estados contribuíam com os restantes 20% (UGÁ e SANTOS, 2006).

- **Critérios de transferência de recursos financeiros do nível central para estados e municípios**

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

Gasto público na atenção primária

Quanto ao gasto público, a construção do SUS na última década foi marcada por uma forte expansão da atenção básica, tendo na estratégia de Saúde da Família o seu principal propulsor. Esse processo se deu com forte indução financeira do governo federal e pequena participação dos governos estaduais, ocorrendo em paralelo, em um caminho de mútuo fortalecimento, a reorganização (na maioria dos municípios a implantação) da atenção básica e a ampliação das responsabilidades da gestão local do SUS (BODSTEIN, 2002).

- **O Piso de Atenção Básica (PAB)**

Cabe destacar que foi fundamental para a indução da ampliação da atenção básica a criação do Piso de Atenção Básica (PAB) com repasses de recursos financeiros para atenção básica com base em critérios populacionais, suprimindo o pagamento por produção de serviços nesse nível. Esse processo foi aprimorado com a criação do PAB variável, o estabelecimento de repasses em função do número de equipes de Saúde da Família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde em atividade nos municípios.

Outro aspecto importante é que a implantação do PAB se deu após um período de quatro anos de gastos decrescentes do governo federal em programas de saúde, com essas despesas orçamentárias reduzindo em 21% entre 1995 e 1998.

- **APS x atenção de média e alta complexidade**

Segundo SOLLA *et al* (2006), comparando-se a transferência de recursos federais para atenção básica com os da atenção especializada ambulatorial e hospitalar (MAC) – sem o Fundo de Ações Estratégicas (FAEC) – observa-se que os da atenção básica representaram 18,6% do total gasto com MAC em 1998, 27,1% em 1999, ficando em 32,6% e 35,6% entre 2000 e 2002. Em 2003 cresceu para 38,8%, em 2004 para 44%, e em 2005 foi igual a 47,2%, chegando a um montante próximo a 50% dos valores aplicados em MAC.

Mas mesmo com todo esse crescimento dos recursos para a APS, de acordo com os dados do Fundo Nacional de Saúde, publicados na Sala de Situação (BRASIL/SAGE, 2010), os recursos transferidos para atenção básica obtiveram um crescimento de 289%, enquanto as transferências para Média e Alta Complexidade cresceram 375%, no período compreendido entre 2002 e 2009.

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

O gasto privado em saúde no Brasil

Os gastos privados em saúde no Brasil representaram 58,4% dos gastos totais, sendo, aproximadamente, 40% em gastos com o sistema de saúde suplementar e 60% gastos diretos do bolso das famílias. Essa composição de gastos privados fortes, com presença hegemônica de gastos diretos dos bolsos da família, contribui para uma iniquidade no financiamento da saúde (Kutzin, 2008). Tem-se, hoje, cerca de 26% da população com planos de saúde (PNAD/2008) e o setor movimentou cerca de 70 bilhões de reais no ano de 2009, mesma ordem de grandeza do orçamento federal para os 190 milhões de brasileiros para as ações universais e, principalmente para os 74% da população que tem o SUS como sua opção única. O *per capita* da Saúde Suplementar é praticamente três vezes o do SUS. Ou seja, o setor privado suplementar conta hoje com valores aproximadamente três vezes maiores por beneficiário do que o SUS por usuário, para oferecer uma cobertura bem mais restrita.

Impacto do aumento dos gastos em saúde sobre as condições de saúde da população

A experiência internacional produziu evidências robustas de que não há uma relação linear entre aumento dos gastos em saúde e melhores níveis de saúde. Em alguns casos, verificaram-se relações inversas (FISHER *et al.*, 2003; JENKINS *et al.*, 2003; JOUMARD *et al.*, 2003; NOLTE e MCKEE, 2008). O que se encontrou é que mais dinheiro leva a maior oferta de procedimentos, mas nem sempre, aos procedimentos necessários que melhoram a saúde da população. A partir dessa constatação, foi-se formando uma convicção de que os sistemas de financiamento devem mudar de um enfoque baseado no volume do dinheiro para uma abordagem com base na capacidade dos recursos financeiros gerarem valor para a população (Health Council of Canadá, 2009; SMITH *et al.*, 2009; OECD, 2010).

Distorções e efeitos perversos do subfinanciamento

De maneira geral, toda população brasileira é beneficiária do SUS e favorecida pelos seus avanços nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, da rede de urgência e emergência e da melhoria dos indicadores de saúde que proporcionam maior bem-estar social. A iniquidade do SUS, segundo Médici (2010) não está no grau de utilização do sistema por ricos e pobres, mas na natureza dos procedimentos disponibilizados pelo sistema aos mais ricos, que utilizam o SUS de forma complementar aos planos de saúde, na busca por atendimentos de alto custo e de alta tecnologia.



RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS, REGIONALIZAÇÃO E PACTO PELA SAÚDE

Relações interfederativas no marco do sistema federativo do Brasil

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

O sistema federativo é, a princípio, adequado para países marcados pela diversidade e heterogeneidade, por favorecer o respeito aos valores democráticos em situações de acentuada diferenciação política, econômica, cultural, religiosa ou social. Por outro lado, esse tipo de sistema impõe certa complexidade à implementação de políticas sociais de abrangência nacional, particularmente nos casos em que a situação de diversidade diz respeito à existência de marcantes desigualdades e exclusão social, como no Brasil. Nesse caso, a implementação de políticas sociais em um sistema federativo requer, por um lado, a explicitação das funções das diferentes esferas de governo para cada área da política e, por outro, a adoção de mecanismos de articulação entre essas esferas, com ênfase em uma lógica de cooperação e complementaridade (SOUZA, 2001).

Peculiaridades do federalismo brasileiro relevantes para a área da saúde

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

mico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional de Estado, por sua vez, implica diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, em face da complexidade de enfrentamento dos desafios mencionados.

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

Relações interfederativas e implantação de redes de atenção à saúde no SUS

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

- **Pacto pela Gestão e diretrizes de regionalização do SUS**

O processo de regionalização do SUS é atualmente favorecido pelo Pacto pela Saúde, firmado pelos gestores em 2006 com seus três componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto representou uma mudança significativa no processo de gestão do SUS, pela relevância que a diretriz de regionalização assumiu no contexto do Pacto pela Gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Esse ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização da saúde como estratégia essencial para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, sendo uma das responsabilidades gerais da

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

- **Pacto de gestão como estratégia inovadora de descentralização e integração**

Essa estratégia foi motivada pela necessidade de aprofundar o processo de descentralização sob novos formatos espaciais e instrumentais para o planejamento, tendo em vista a fragmentação do SUS desde então observada em um universo de 5.564 municípios, no qual, aproximadamente 72% desses possuem menos de 20 mil habitantes (IBGE, 2007), com os reflexos correspondentes em termos de acesso, resolutividade, capacidade de planejamento, gestão, financiamento, entre outros. Se, por um lado, o processo a partir daí induzido oferece maior flexibilidade na pactuação entre os gestores do sistema, por outro, exige desses gestores um maior entendimento sobre o sistema e uma maior capacidade de planejamento e articulação regional.

- **Pacto como espaço para efetivação de acordos interfederativos**

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

PDR, PPI, etc.) devem ser destacadas como elementos facilitadores na efetivação dessas pontuações.

Assim, alguns resultados da gestão descentralizada do SUS já podem ser identificados, como a ampliação de acesso aos serviços, a criação de instâncias de pontuação, a incorporação de novos atores e o fortalecimento do controle social (SOLLA *et al.*, 2002).

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

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

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

APS RENOVADA COMO ESTRATÉGIA DE REORDENAMENTO DO SUS

A atenção primária à saúde renovada, tal como tem sido proposta por organismos internacionais (OPAS, 2007; Organização Mundial da Saúde, 2010) exige afirmá-la como a estratégia de reordenamento do SUS. É assim que se concretizará, na prática social do SUS, o discurso oficial do Ministério da Saúde de uma estratégia da saúde da família (Ministério da Saúde, 2007).

- **APS e responsabilização por determinada população/território**

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

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

- **APS e inovação no modelo de planejamento**

A delimitação de espaços de responsabilização na APS, transforma o modelo de planejamento que deixa de ser realizado por padrões de oferta, em geral parâmetros construídos a partir de séries históricas, para um planejamento realizado por meio de parâmetros epidemiológicos que expressam as necessidades

de saúde da população adscrita às redes na APS. É na APS que se programam os cuidados primários, secundários e terciários e os sistemas de apoio porque é, ali, que se conhecem todas as pessoas por nome, por local de moradia, por idade, por sexo, por características familiares e por condições de saúde estratificadas por riscos. Por exemplo, sabe-se, na APS, que as gestantes de alto risco vão necessitar de atenção na APS, nos centros de referência secundária e nas maternidades de alto risco.

- **A opção da Estratégia da Saúde da Família (ESF)**

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

- **Peculiaridade da proposta da Estratégia de Saúde da Família do SUS**

Deve-se ressaltar que a proposta da ESF brasileira traz elementos de singularidade em relação a outras experiências de saúde da família que se praticam no mundo. Especialmente nos sistemas públicos de saúde dos países desenvolvidos, vige uma prática com foco na medicina familiar, ou seja, com tendência ao papel dominante do médico. Por exemplo, no Canadá, apenas 32% dos médicos de família daquele país trabalham em conjunto com outros profissionais de saúde, sendo que apenas 22% trabalham conjuntamente com enfermeiros (Statistics Canadá, 2009).

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





PARTE III

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

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

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

AS DIMENSÕES DO SUS ENQUANTO POLÍTICA PÚBLICA

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

Essas dimensões são as seguintes:

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

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

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

A partir da compreensão dessas dimensões, nesta última parte do presente documento são formuladas algumas considerações sobre a situação atual do SUS, e traçam-se algumas propostas de trabalho para os próximos anos, relativos a áreas consideradas críticas, a saber: relações interfederativas; papel do gestor federal; (sub)financiamento do SUS; construção e gestão de redes de atenção; fortalecimento da APS e da ESF para a implementação de redes de atenção à saúde no SUS.

1. RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS MAIS HARMÔNICAS E PRODUTIVAS NO SUS

- Assumir a regionalização como base para a redefinição do modelo descentralizado do SUS

Os marcos legais e programáticos mais recentes da política de saúde do Brasil apontam a regionalização como processo principal de integração do SUS, capaz de aportar elementos importantes para a superação de seus principais obstáculos estruturais de consolidação como política pública. Como foi analisado na parte II, a regionalização no SUS assume o status de processo principal de redefinição dos pressupostos do modelo de descentralização estabelecido, que passa a ser

orientado pelos princípios de territorialização, flexibilidade, cooperação, co-gestão, financiamento solidário, subsidiariedade e participação e controle social.

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

- **Dar prioridade à regionalização e favorecer a ação articulada entre União, Estados e Municípios**

Ao longo das duas décadas de construção do SUS, a municipalização da saúde tem se mostrado muito vantajosa e tem exercido um papel fundamental para o cumprimento do princípio da universalidade. No entanto, subsistem alguns problemas, por exemplo, derivados do pequeno porte da maioria dos municípios brasileiros, o que afeta a racionalidade de escala e compromete a eficiência do sistema de saúde, em termos de resolutividade e qualidade.

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

A construção de redes de atenção integradas e resolutivas implica uma permanente ação articulada entre União, estados e municípios, com a definição clara dos seus papéis e responsabilidades, criando mecanismos que garantam o desenvolvimento de suas ações, com empoderamento técnico-científico e finan-

ceiro, especialmente dos municípios, e que ainda garantam o acompanhamento e monitoramento das ações pactuadas entre os entes federados.

- **Introduzir novas práticas de gestão nas relações interfederativas**

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

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

Assim, é essencial manter e ampliar esses últimos e outros mecanismos criativos desenvolvidos no âmbito do SUS e que constituem fatores de facilitação das relações federativas, entre eles, o repasse fundo-a-fundo e o pagamento por captação (PAB).

- **Responsabilizar o gestor estadual para consolidar a regionalização**

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

Do mesmo modo que nessas duas décadas se construiu uma melhor definição do papel dos municípios, torna-se necessária uma maior clareza quanto ao papel

da gestão estadual do SUS. É preciso construir práticas de gestão estadual, bem como suas relações com os municípios e com a gestão federal, dentro de um quadro pautado pelas evidências.

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

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

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

A Lei 8.080/90 identifica um conjunto de atribuições e competências da União, que dizem respeito a vários aspectos, como a coordenação das redes de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública e de vigilância à saúde; a cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios; o acompanhamento e avaliação das ações e dos serviços de saúde; o planejamento estratégico nacional. Essas atribuições devem ser exercidas mediante cooperação entre União, estados, municípios e Distrito Federal.

- Ministério da Saúde: agente mobilizador, financiador e indutor das ações interfederativas

Os desafios da implantação das redes de atenção à saúde coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) demandam uma maior clareza e reforço do

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

- **Ministério de Saúde como garantidor dos princípios do SUS e articulador da ação entre as três esferas de governo**

Em primeiro lugar, a construção de redes de atenção à saúde exige que o Ministério de Saúde cumpra plenamente sua responsabilidade de garantir a integridade dos princípios do SUS em escala nacional, em articulação com os estados e municípios. Para isso, é essencial que o gestor federal coordene as ações entre os entes federados, garantindo não somente o financiamento solidário, mas contribuindo para a integração entre estados, municípios e União, fomentando a participação dos estados, reorientando e reafirmando seus papéis como coordenador, apoiador e regulador das ações, respeitando as diversidades regionais.

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

- O MS e a promoção da organização horizontal e da garantia da unidade na diversidade

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

- Gestor federal solidário

Para ser determinante para a implantação do processo de renovação que está sendo proposto nesse documento, o gestor federal precisa ser solidário na construção dos planos de saúde baseados nos territórios populacionais de saúde, para os quais a construção de redes faz sentido. Esses planos devem ser entendidos não apenas como peças de planejamento com alocação de recursos, mas também como documentos políticos que definem prioridades e alocam recursos durante um espaço de tempo determinado, garantindo foco, ritmo e viabilidade técnica ao desenvolvimento das ações de atenção à saúde.

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

- **O gestor federal e a criação de condições ótimas para a gestão descentralizada do SUS**

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

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

- **O gestor federal e a gestão da tecnologia em saúde**

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

- O gestor federal e a formação, a educação permanente e áreas estratégicas correlatas

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

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

3. O (SUB)FINANCIAMENTO DO SUS

A análise dos dados internacionais sobre gasto em saúde apresentada nesse documento evidencia que o Brasil tem um gasto público em saúde muito baixo, mesmo quando comparado a países com estrutura socioeconômica parecida a do Brasil, ou mesmo inferior. Não é possível implantar um sistema público universal, como direito de todos e dever do Estado, com tal volume de gasto público em saúde. Consequentemente, não há dúvida de que é preciso aumentar os gastos públicos em saúde no Brasil como uma condição básica para que o SUS cumpra os princípios constitucionais e, dessa forma, ofereça serviços de saúde de qualidade aos brasileiros.

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

- **Mais recursos, com mais integração da atenção à saúde**

Por outro lado, não se pode imaginar que o simples incremento dos recursos públicos da saúde, sem mudanças profundas que permitam superar a fragmentação vigente e reordenar o modelo de atenção à saúde, irá melhorar a situação de saúde dos brasileiros. Aumentar os recursos financeiros para fazer “mais do mesmo” não é uma solução adequada e sustentável. Isso tem sido constatado em outros países, conforme atestam, dados publicados pelo Institute of Medicine (2001) e por Smith *et al.* (2009).

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

- **Alinhar os incentivos financeiros com os objetivos das redes de atenção à saúde**

O aumento dos recursos financeiros do SUS, para dar sustentação às redes de atenção à saúde, deve ser acompanhado de um alinhamento dos incentivos financeiros com os objetivos dessas redes. Os sistemas de incentivos, fortemente ancorados em pagamentos por procedimentos, estimulam os prestadores a ofertar mais serviços, mas não necessariamente os serviços mais adequados, segundo as necessidades e as evidências científicas. Por exemplo, nem mesmo adiantariam as ações de promoção e prevenção em saúde se o sistema continuar dirigido a remunerar os serviços por procedimentos, segundo as suas densidades tecnológicas. Incentivos financeiros não orientados por necessidades de saúde, tal como ocorre no sistema estadunidense de saúde, leva à prestação de mais serviços para mais pessoas, fator que aumenta, de forma incontrolável, os custos dos sistemas de saúde (NRHI - Health Payment Reform Summit, 2008).

- **Inovar os modelos de financiamento**

A oferta de serviços de média complexidade constitui-se em um dos mais graves problemas do SUS e num importante ponto de estrangulamento de sua

rede de cuidados. Os déficits no padrão de oferta resultam em demanda reprimida, filas e longo tempo de espera ou não garantia de acesso e oportunidade de utilização dos serviços necessários.

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

- **Mudar a lógica do pagamento por procedimento**

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

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

- **Corrigir as distorções do sistema de oferta de serviços**

Essa oferta desvinculada de uma linha de cuidados gera fragmentação das ações de atenção à saúde, de responsabilização pelos pacientes, com a realização quase exclusiva apenas de procedimentos selecionados. Resulta, ainda, em seletividade do acesso da clientela, principalmente aquela oriunda do setor privado, desrespeitando o preceito da equidade de acesso ao sistema. Aspecto associado é que os usuários da saúde suplementar contam com coberturas apenas parciais de suas operadoras e assim utilizam o SUS para os procedimentos mais caros, privilegiados pelo acesso garantido à média complexidade, ampliando as distorções e a iniquidade na utilização dos serviços públicos, conforme revela um estudo de Silva (1996).

- **Qualificar a oferta da atenção à saúde, não apenas aumentar a produção de procedimentos**

O aumento da produção – induzido, em parte, pelos reajustes da tabela dos procedimentos nos últimos anos – não foi suficiente para a qualificação da assistência prestada. Existem problemas históricos e recorrentes a serem resolvidos na assistência ambulatorial de média complexidade, tais como: ausência de planejamento, não observação das necessidades/perfil da população, acesso baseado na oferta de serviços; incorporação tecnológica acrítica, serviços com baixa resolubilidade, baixos investimentos em qualificação profissional, insuficiência dos parâmetros técnicos e epidemiológicos existentes e baixa regulação oferta existente pela gestão pública.

- **Inovar a política de financiamento do SUS: “recursos seguindo usuários”**

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

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

4. CONSOLIDAR AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

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

- **Regiões de saúde com território definido e população adscrita**

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

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

relacionadas a aspectos populacionais, socioculturais, geográficos e econômicos, respeitando as características de cada região.

- **Mecanismos de gestão regional fundamentados no Pacto de Gestão e baseados na cooperação interfederativa**

Em um sistema com formato de rede integrada de atenção, há necessidade dos gestores assumirem a interdependência na gestão entre entes federados, com ênfase na cooperação, marco que também deve pautar o papel das instâncias colegiadas. As orientações contidas no Pacto de Gestão devem fundamentar os processos de gestão regional que incluem o fortalecimento dos CGR e a utilização de planos e outros instrumentos de gestão com foco regional, os quais devem pautar as instâncias colegiadas nas ações de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde.

- **Inovar os processos de planejamento, programação e regulação**

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

- **Estruturar as redes de atenção a partir das necessidades de saúde da população**

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

contemple a participação de gestores, gerentes de serviços de referência e profissionais de saúde da região.

- **APS qualificada e ordenadora do sistema**

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

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

- **Atenção especializada (AE), de urgência e emergência (UE) e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) organizados com lógica regional**

O processo de estruturação de redes de atenção à saúde no SUS pressupõe a organização dos serviços de atenção especializada, de urgência e emergência e de apoio diagnóstico e terapêutico, em lógica regional, respeitando-se os princípios de qualidade, acesso e economia de escala.

Nessa perspectiva, há necessidade de se instituir um processo de planejamento regional voltado para dimensionar ou redimensionar essa rede que considere: a adequação na distribuição geográfica das unidades de AE, de UE e SADT; o

incentivo ao desenvolvimento de práticas predominantemente em ambientes extra-hospitalares; a necessidade de diversificação de serviços; a adequação do número de leitos das unidades hospitalares, tendo em vista sua viabilidade econômica e a qualidade dos serviços prestados; a necessidade de investimentos em infraestrutura física e tecnológica das unidades; o processo de educação permanente dos profissionais; e o amadurecimento dos mecanismos de avaliação e dos instrumentos de contratualização utilizados, entre outras.

- **Sistemas logísticos e de informações potentes e regionalmente integrados**

O adequado funcionamento de uma rede de atenção à saúde guarda relação direta com a organização dos sistemas logísticos e de apoio que lhe dão sustentação. Assim é que a organização do transporte sanitário em lógica regional, o bom funcionamento dos mecanismos de regulação do acesso, a utilização de sistemas potentes de registro eletrônico em saúde, incluindo cartão de identificação de usuários, prontuário eletrônico, envio informatizado de laudos e resultados de exames, são imprescindíveis para o bom desempenho das redes.

Nessa mesma perspectiva, deve-se buscar garantir a funcionalidade e a padronização dos sistemas de informação de base nacional e do registro eletrônico em saúde; os padrões nacionais de qualidade e de funcionalidade em relação às edificações, estruturas, equipamentos em saúde; e os padrões nacionais na avaliação tecnológica em saúde.

- **Profissionais valorizados e capacitados**

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

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

- **Mecanismos adequados de gestão do cuidado em saúde**

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

5. REDES DE ATENÇÃO: A SAÚDE COORDENADA PELA APS

A decodificação da APS como estratégia de reordenamento do sistema de saúde é a única compatível com a proposta de redes de atenção à saúde e o SUS está maduro para acolhê-la. São várias as razões: é a interpretação mais correta dos pontos de vista conceitual e operacional; é a mais ampla podendo conter, dentro de sua significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas, subjacentes a ela; é compatível com o estado de desenvolvimento do SUS; está inscrita no discurso oficial do SUS (Ministério da Saúde, 2007); e constitui a interpretação que torna possível exercitar as funções da APS nas redes de atenção à saúde.

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

- **Aumentar a cobertura das equipes de Saúde da Família no Brasil**

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

- **Instituições promovendo e apoiando a APS e o seu fortalecimento**

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

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

- **Infraestrutura adequada para a APS**

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

- **Profissionalização da gestão e melhoria dos processos educacionais**

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

- **Inovar os sistemas de educação permanente dos profissionais de saúde**

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

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

- **Relações de trabalho mais estáveis e satisfatórias**

Ainda na linha de ação relativa ao processo de trabalho na APS, é fundamental superar os problemas nas relações de trabalho. Há vários caminhos a serem seguidos para perseguir esse objetivo, entre eles destacam-se: o reforço dos regimes estatutários; a implantação de planos de carreiras; a criação de fundos de

equalização salarial, especialmente com fundos nacional e estaduais; a garantia de remuneração com parte ligada a performance e a condições de fixação dos profissionais em áreas críticas; e a implementação do abono de permanência em regiões críticas.

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

- **Implantar equipes multiprofissionais**

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

- **Investir na APS**

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

- **Saúde da Família como estratégia central para a consolidação das redes de atenção no SUS**

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi modelada, segundo os fundamentos da saúde pública, para atuar considerando que as pessoas e as famílias vivem

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

- **“Radicalizar” a Estratégia de Saúde da Família**

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

A saída para a implantação de uma APS renovada, no SUS, estaria em consolidar essa proposta generosa e ousada do SUS, superando os problemas que a impedem de transformar-se, efetivamente, na estratégia de reordenamento do SUS, integrada às redes de atenção à saúde. As evidências produzidas no Brasil sustentam a proposta de radicalização da ESF. Estudos comparativos, realizados em diferentes partes de nosso país, resumido no destaque seguinte, utilizando a metodologia do PCATool, validada para o Brasil, demonstram que a ESF tem um desempenho melhor que as unidades de APS tradicionais, em quase todos os atributos da APS.

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

- Município de Porto Alegre [HARZHEIM, E. - Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa de Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. Alicante, Universidad de Alicante, Departamento de Salud Pública, 2004.]
- Município de Petrópolis [MACINKO, J. et al. - Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. Int. J. Health Mgmt., 19: 303-317, 2004.]
- Estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina - 41 municípios [FACCHINI, L. A. et al. - Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 11: 669-681, 2006.]
- Estado de São Paulo - 61 municípios [IBAÑEZ, N. et al. - Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. Ciências & Saúde Coletiva, 11: 683-703, 2006.]
- Goiás e Mato Grosso - 9 municípios [STRALEN, C. J. et al. - Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região Centro-oeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, 24: s148-s158, 2008.]
- Município de Curitiba [CHOMATAS, E. R. V. - Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008. Porto Alegre, Dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.]

- Legitimação social da Estratégia de Saúde da Família

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

- Envolvimento da comunidade no processo de conhecimento e planejamento das ações das equipes multidisciplinares, mesmo antes de sua implantação no território.
- Adoção do modelo de acolhimento e atenção à demanda não programada, gerando assim um processo que proporcione uma escuta inicial, classificação de problemas e consequente extinção de barreiras ao acesso vinculadas a senhas e filas.

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENGOA, R. - Empantanados. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada, 1: 1, 2008.
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 401-412, 2002.
- BRITO, F. - A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte, CEDEPLAR/UFMG, Texto para Discussão nº 318, 2007.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - SUS: avanços e desafios. Brasília, CONASS, 2006.
- CONASS DOCUMENTA n. 21 - AS OFICINAS PARA A ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2010 (acesso em http://www.conass.org.br/arquivos/file/conass_documenta_21.pdf).
- DAWSON, B. - Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica nº 93, 1964.
- FISHER, E. S. et al. - The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: Health outcomes and satisfactions with care. Annals of Internal Medicine, 138: 288-298, 2003.
- FRENK, J. - Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi, Commission on Social Determinants of Health, 2006.
- HAM, C. - Clinically integrated systems: the next step in English health reform? The Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services, Briefing Papers, 2007.
- HEALTH COUNCIL OF CANADA - Value for money: making Canadian health care stronger. Disponível em: <http://www.canadavalueshealth.ca>, acesso em fevereiro de 2009.
- HEALTH COUNCIL OF THE NETHERLANDS - European primary care. The Hague, Minister of Health, Welfare and Sports, 2004.
- HEALTH EVIDENCE NETWORK - What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen, World Health Organization, 2004.
- IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro, IBGE/Ministério da Saúde, 2010.
- INSTITUTE OF MEDICINE - Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, The National Academies Press, 2001.
- JENKINS, S. F. et al. - Changes in the quality of care delivered to Medicare beneficiaries, 1998/1999 to 2000/2001. JAMA, 289: 305-312, 2003.
- JOUMARD, I. et al. - Health status determinants: lifestyle, environment, health care resources and efficiency. Organization for Economic Co-Operation and Development, ECO/WKP, 2008.

KUTZIN, J. - Health financing policy papers. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.

LEAT, P. et al. - Integrated delivery systems: has their time come in Canada? Canadian Medical Association Journal, 154: 803-809, 1996.

MACINKO, J. et al. - The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. Health Services Research, 38: 819-853, 2003.

Medici, AC. Judicialização, integridade e financiamento da saúde. Diagn Tratamento. 2010;15(2):81-7.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Pactos pela vida e de gestão. Brasília, MS/Secretaria-Executiva/ Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, MS/SAS/Departamento de Atenção Básica, Série Pacto pela Saúde 2006, Volume 4, 4ª Ed., 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, Vigitel 2007. Brasília, SVS/MS, 2009.

NOLTE, E. & MCKEE, M. - Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. Health Affairs, 27: 58-71, 2008.

NRHI HEALTH PAYMENT REFORM SUMMIT – From volume to value: Transforming Health Care Payment and Delivery Systems to Improve Quality and Reduce Costs. Pittsburgh, Network for Regional Healthcare Improvement, 2008.

OECD - Value for money in health spending. OECD Health Policy Studies, 2010.

OMS/UNICEF – Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, Alma Ata, Rússia. Brasília, UNICEF, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - Cuidados inovadores para condições crônicas: os componentes estruturais de ação, Relatório Mundial. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - Atenção primária em saúde, agora mais do que nunca: Relatório Mundial de Saúde 2008. Brasília, OPAS/Ministério da Saúde, 2010.

OPAS - La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud . Washington, OPS, 2007.

OPAS - Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, Serie La renovación de la atención primaria de salud en las Américas nº 4, 2010.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE - RIPSA - Indicadores e dados básicos para a saúde, 2009. Rio de Janeiro, RIPSA/Ministério da Saúde, 2009.

- SALTMAN, R. B. *et al.* - Primary care in the driver's seat? Berkshire, Open University Press, 2006.
- SCHRAMM, J. M. A. *et al.* - Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 9: 897-908, 2004.
- SHORTELL, S. M. *et al.* - Creating organized delivery systems: the barriers and the facilitators. Hosp. Health Service Adm., 38: 447-466, 1993.
- SILVA, S. F. A construção do SUS a partir do município. São Paulo: Hucitec, 1996.
- SMITH, M. K., WOOD, W. B., ADAMS, W. K., WIEMAN, C., KNIGHT, J. K., GULID, N., & SU, T. T. (2009). Why peer discussion improves student performance on in-class concept questions. *Science*, 323(5910), 122-124
- SMITH, P. C. *et al.* - Measuring the value for money in healthcare: concepts and tools. London, The Health Foundation, 2009.
- STARFIELD, B. - Primary care and health: a cross-national comparison. *JAMA*, 266: 2268-2271, 1991.
- STARFIELD, B. - Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
- TEMPORÃO, J. G. - O SUS e o direito da coletividade. Folha de São Paulo, 26 de abril de 2009.
- THOMSON, S. *et al.* - Addressing financial sustainability in health systems. Copenhagen, WHO/European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.
- TUFTS MANAGED CARE INSTITUTE - Population-based health care: definitions and applications. Disponível em: <http://www.thci.org>, acesso em setembro de 2008.
- UNGER, J. P. & KILLINGSWORTH, J. - Selective primary health care: a critical review of methods and results. *Sci. Medicine*, 22: 1001-1013, 1986.
- UGÁ, M. A.; SANTOS, I. S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1.597-1.609, ago. 2006.
- VÁZQUEZ, M. L. N. & VARGAS, I. V. - Organizaciones sanitarias integradas: un estudio de casos. Barcelona, Consorci Hospitalari de Catalunya, 2007.
- VUORI, H. - Primary care in Europe: problems and solutions. *Community Medicine*, 6: 221-231, 1984.
- WAGNER, E. H. - Chronic disease Management: what will take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1: 2-4, 1998.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - World Health Statistics, 2010. Geneva, WHO, 2010.

ACESSOS PELA INTERNET:

Http://sage/gestão_saude/fundo_a_fundo_blocos.php?uf_origem=BR, acessado em 23/11/10.

http://www.conass.org.br/arquivos/file/conass_documenta_21.pdf, acessado junho de 2010.

<http://www.canadavaluesthealth.ca>, acesso em fevereiro de 2009.

ANEXO I

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

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

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

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

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

1. No desenvolvimento de relações interfederativas mais harmônicas e produtivas no SUS deve ocorrer fortalecimento e redefinição dos papéis da gestão nas três esferas de governo, questão essencial à governança do sistema; o Ministério da Saúde, particularmente deve redefinir e aprofundar seus atributos, de forma a garantir a não só integridade dos princípios do SUS como

* Documento preparado por FLAVIO GOULART.

se transformar em agente mobilizador, financiador e indutor das ações de gestão entre as esferas de governo, especialmente no processo de organização das regiões de saúde, dentro da lógica das redes integradas baseadas na APS, além de garantir a funcionalidade e a padronização dos sistemas de informação em saúde.

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

regulação, nos três âmbitos de governo; na superação das séries históricas, das quotas de atendimento e dos ajustes de oferta, de modo a focalizar de forma coerente as necessidades de saúde da população, além da renovação dos processos de regulação e das ferramentas correspondentes.

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

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

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

- **As relações interfederativas no SUS**

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

divergências entre os interlocutores, com cifra de 18% especificamente para a nota zero, o que não ocorreu, nem mesmo de forma aproximada, com nenhuma outra afirmativa ao longo do questionário.

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

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

- **Sobre a municipalização**

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

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

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

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

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

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

- **O papel dos estados**

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

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

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

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

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

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

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

- O papel do Ministério da Saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **O Ministério da Saúde e a “garantia de padrões no SUS”**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **O financiamento**

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

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

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

- Investir na capacidade de regulação, controle e avaliação dos gestores, particularmente na gestão de serviços filantrópicos e lucrativos, hoje um fator impeditivo para mudanças dessa natureza.
- As mudanças propostas não devem desconsiderar as ações de promoção e prevenção, bem como na utilização de critérios focados em doenças e não nas pessoas.

- **Redes de atenção à saúde**

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

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

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

- **Modelo de atenção à saúde e APS**

A afirmativa: *o fortalecimento da APS deve estar focado na ampliação e na radicalização da Estratégia de Saúde da Família, em caráter substitutivo ao sistema fragmentado* foi objeto de certo grau de discordância, e principalmente de incerteza, por parte dos interlocutores.

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

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

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

ANEXO II

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

AFIRMATIVAS (%)	(0+1)	(2+3)	(4+5)
A1: Desenvolvimento de relações interfederativas mais harmônicas e produtivas no SUS...			
1. A municipalização da saúde, embora demonstre numerosas vantagens para o SUS, é também fonte de alguns problemas, por exemplo, derivados do pequeno porte da maioria dos municípios brasileiros, que afeta a racionalidade de escala e compromete a eficiência do sistema de saúde em termos de resolutividade e qualidade.	23	21	56
A.2: Em um sistema renovado de gestão e atenção à saúde, devem constituir atributos do Ministério da Saúde...			
5. Garantir a integridade dos princípios do SUS em escala nacional.	0	10	90
6. Ser agente mobilizador, coordenador, financiador e indutor das ações da gestão estadual para a aproximação e integração entre os estados e destes com os municípios.	6	34	60
7. Promover reforços e incentivos à gestão estadual para o processo de organização das regiões de saúde, na lógica das redes integradas de atenção à saúde baseada na APS.	0	12	88
8. Financiar solidariamente a saúde, dentro de uma lógica redistributiva, por meio da correção das distorções da alocação de recursos, da adequação dos processos de gestão próprios e do correspondente incentivo aos outros níveis de governo.	0	2	98
9. Garantir a funcionalidade e a padronização dos sistemas de informação de base nacional e do registro eletrônico em saúde	0	2	98

AFIRMATIVAS (%)	(0+1)	(2+3)	(4+5)
10. Garantir padrões nacionais de qualidade na elaboração diretrizes clínicas com base em evidência.	3	11	86
11. Garantir padrões nacionais de qualidade e de funcionalidade em relação às edificações, estruturas, equipamentos em saúde.	3	29	68
12. Garantir padrões nacionais na avaliação tecnológica em saúde.	0	20	80
13. Garantir padrões nacionais de qualidade dos processos da formação e da educação permanente em saúde.	0	29	71
A.3: Dentro de um sistema renovado de gestão e atenção à saúde, devem constituir diretrizes de uma nova política de financiamento...			
14. Garantir o financiamento da saúde que não seja limitado aos dispositivos da EC 29, mas que vise alcançar metas específicas, relativas a: aumento sensível de percentual do PIB destinado à saúde; inversão da relação existente entre gasto público e privado; correção de iniquidades regionais.	0	4	96
15. Deve ser efetivada uma redução radical no financiamento por produção de serviços, com incremento dos repasses financeiros <i>per capita</i> , mediante acompanhamento dos indicadores de saúde e foco nos territórios (“recursos seguindo usuários”).	0	24	76
16. Deve ser ampliado para se tornar suficiente o financiamento da atenção primária e da média complexidade e não apenas o da alta complexidade.	0	9	91
17. O aporte puro e simples de mais recursos, necessariamente, não melhoraria o sistema e nem resolveria todos os problemas do SUS, pois existe paralelamente o desafio do aprimoramento da gestão do sistema.	3	14	83
B.1: Sobre a formação de redes integradas de atenção, essencial ao desenvolvimento de um modelo renovado de saúde e de uma governança efetiva no SUS, se pode afirmar...			
18. As redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS são as respostas adequadas do SUS para enfrentar a atual situação de saúde.	0	25	75
19. No sistema integrado em rede, a atenção primária deve receber tratamento estratégico para convertê-la de fato e de direito na coordenação e na regulação da rede de serviços.	0	17	83
20. Em um sistema com formato de rede integrada de atenção, os gestores devem assumir a interdependência na gestão entre entes federativos, com ênfase na cooperação, marco que também deve pautar o papel das instâncias colegiadas.	0	5	95

AFIRMATIVAS (%)	(0+1)	(2+3)	(4+5)
21. Os atributos que melhor caracterizam as redes de atenção à saúde são: território e população adscrita, integração dos sistemas logísticos e de apoio, mecanismos de governança e instrumentos gerenciais eficientes.	3	14	83
B.2 Sobre a gestão de redes de atenção à saúde se pode afirmar...			
22. A gestão da saúde deve desenvolver planos e outros instrumentos de gestão com foco regional, os quais devem pautar as instâncias colegiadas nas ações de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde.	3	10	87
23. Devem ser promovidas mudanças radicais dos processos planejamento, programação e regulação, nos três âmbitos de governo, de forma a superar padrões construídos por séries históricas, quotas de atendimento e ajustes de oferta, de modo a focalizar de forma coerente as necessidades de saúde da população.	3	7	90
24. O processo de regulação e as ferramentas correspondentes precisam ser renovados para garantir que a APS disponha dos instrumentos gerenciais adequados para garantir a continuidade da atenção.	3	12	85
C.1 Um modelo de atenção à saúde renovado, tendo a atenção primária à saúde como fator estruturante, tem como facilitadores...			
25. Comprometimento dos gestores para o desenvolvimento e apropriação das ferramentas de gestão da clínica, com foco no cuidado, tais como diretrizes clínicas, protocolos clínicos, acreditação e promoção do autocuidado.	0	8	92
26. Intensa promoção do envolvimento dos profissionais na implantação da gestão da clínica e na demonstração de seu impacto sobre a qualidade da atenção e a eficiência alocativa.	0	8	92
27. Mudanças no processo de formação e da capacitação profissional, com foco na gestão da clínica, na lógica de redes integradas de atenção baseadas na Atenção Primária à Saúde.	0	11	89
28. Organização e renovação do sistema de saúde, estruturando-o pela APS, com caráter proativo, com planejamento focado nos territórios e nas necessidades de saúde da população.	0	8	92
29. Fortalecimento e renovação da atenção primária, mediante investimentos relevantes, visando à ruptura com os modelos de atenção primária seletiva.	0	8	92
30. O fortalecimento da APS deve estar focado na ampliação e na radicalização da Estratégia de Saúde da Família, em caráter substitutivo ao sistema fragmentado.	6	35	59

