



Bis

**Boletim do Instituto de Saúde
Volume 13 - Número 3 - Julho de 2012
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529**

**A incorporação dos resultados das
pesquisas científicas no SUS**

Sumário

| | |
|---|------------|
| • Editorial | |
| <i>Anna Volochko, Carlos Tato Cortizo, Márcio Derbli.....</i> | <i>197</i> |
| • Incorporação dos resultados de pesquisa pelos gestores do Sistema (Único) de Saúde num contexto atual • Incorporation of the Research Findings by the Managers of the Brazilian Public Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) | |
| <i>José da Rocha Carneiro.....</i> | <i>199</i> |
| • Incorporação dos conhecimentos da Saúde Coletiva pelos gestores de saúde na Argentina. O caso dos serviços de saúde de Rosario • Incorporation of Knowledge in Public Health by the Health Services Managers in Argentina. The Case of the Health Services in Rosario | |
| <i>Ernesto Báscolo e Natalia Yavich.....</i> | <i>205</i> |
| • Incorporação de Tecnologias em Saúde no Brasil: novo modelo para o Sistema Único de Saúde • Incorporation of Technologies in Health in Brazil: a New Model for the Brazilian Public Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) | |
| <i>Helaine Carneiro Capucho, Flávia Cristina Ribeiro Salomon, Ávila Teixeira Vidal, Priscila Gebrim Louly, Vania Cristina Canuto Santos, Clarice Alegre Petramale.....</i> | <i>215</i> |
| • A incorporação dos conhecimentos em saúde coletiva nas políticas e práticas municipais do SUS – a perspectiva do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) • The Incorporation of Knowledge in Public Health in the Local Policies and Practices of the Brazilian Public Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) – a Perspective from the National Council of State Health Secretaries (CONASS) | |
| <i>Fernando P. Cupertino de Barros.....</i> | <i>223</i> |
| • Da intuição às políticas públicas: a jornada para incorporação do Método Canguru no cuidado ao recém-nascido de baixo peso • From intuition to the public policies: the journey aimed to the incorporation of the Kangaroo Method for the care of low weight newborns | |
| <i>Tereza Setsuko Toma.....</i> | <i>231</i> |
| • Uma reflexão sobre as contribuições do Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) para a gestão e práticas de saúde no SUS • A reflection on the contributions to the Project Breast feeding and Municipalities (AMAMUNIC) for the management and health practices in the Brazilian Public Health System (SUS) | |
| <i>Sonia Isoyama Venancio.....</i> | <i>239</i> |
| • A arte da regulação na Secretaria Municipal de Embu das Artes (Lições aprendidas) • The Art of Regulation in the Local Health Department of Embu das Artes (Learned lessons) | |
| <i>Luiza Sterman Heimann, Lauro Cesar Ibanhes, Iracema Ester do Nascimento Castro, Carlos Tato Cortizo, Fausto Souza Martino, Larissa Soares Guaitoli, Flávia Carotta.....</i> | <i>245</i> |
| • A Saúde e as Ações Intersectoriais no município de Embu das Artes • Health and the Intersectorial Actions in the Municipality of Embu das Artes | |
| <i>Roberta Cristina Boaretto, Emílio Tesesi Júnior, Manuela de Resende B. R. Pucci, Joyce Bernardo.....</i> | <i>253</i> |
| • A gestão estadual perante os desafios da atual etapa de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2005-2007) • State management and the challenges to deploy the Brazilian Public Health System (SUS) in the current stage: a case study carried out by the São Paulo State Health Department (2005-2007) | |
| <i>Luiz Carlos de Oliveira Cecilio, Ana Lúcia Medeiros de Souza, Nicanor Rodrigues da Silva Pinto, Rosemarie Andreatza, Sandra Maria Spedo, Wanda Nascimento dos Santos Sato, Marlene Rizziolli Lima, Lígia Maria de Almeida Bestetti, Cláudia Vega, Cláudia Elisa Belinazo Mercadante.....</i> | <i>261</i> |
| • Desenvolvimento de Sistema de Apoio à Regulação de Urgência e Emergência para região de Campinas • Development of a System for Supporting the Regulation of Urgency and Emergency in the Campinas Area | |
| <i>Eliane Molina Psaltikidis, Paulo Cesar Tibaldi, Márcia Bevilacqua, Edson Luiz Kitaka, Rodrigo Usson.....</i> | <i>269</i> |

Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista
São Paulo-SP – CEP: 01314-000
Tel.(11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772
Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br

Boletim do Instituto de Saúde – BIS

Volume 13 – Nº 3 – Julho 2012

ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529

Publicação quadrimestral do Instituto de Saúde

Tiragem: 2000 exemplares

e-mail: boletim@isaude.sp.gov.br

Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
Giovanni Guido Cerri

Editor
Márcio Derbli

Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde
Luiza Sterman Heimann

Editores convidados
Anna Volochko
Carlos Tato Cortizo

Diretora Adjunta do Instituto de Saúde
Sônia I. Venâncio

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica
Camila Garcia Tosetti Pejão

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o
SUS-SP
Sílvia Regina Dias Médici Saldiva

Administração
Bianca de Mattos Santos

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP
Sônia I. Venâncio

Biblioteca
Carmen Campos Arias Paulenas
Ana Maria da Silva

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico
Márcio Derbli

Revisão - Rosita Samarani Prates
Tradução - José Cavalli Júnior

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo
Bianca de Mattos Santos

Coordenação - Luís Humberto Rocha Carrijo

Projeto gráfico e editoração
AIPY Comunicação - www.aipy.com.br - (11) 3487 2092

Conselho editorial

Alberto Pellegrini Filho – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil
Alexandre Kalache – The New York Academy of Medicine – Nova York – EUA
Áurea Eleutério Pascalicchio - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Ausonia F. Donato – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Benedito Medrado – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife-PE – Brasil
Camila Garcia Tosetti Pejão – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Carlos Tato Cortizo – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Ernesto Báscolo - Instituto de la Salud Juan Lazarte - Universidad Nacional de Rosario - Rosario - Argentina
Fernando Szklo – Instituto Ciência Hoje (ICH) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil
Francisco de Assis Accurcio – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte-MG – Brasil
Ingo Sarlet – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) – Porto Alegre-RS – Brasil
José da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ – Brasil
Katia Cibelle Machado Pirota – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Luiza S. Heimann – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Márcio Derbli - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Marco Meneguzzo – Università di Roma Tor Vergata – Roma – Itália
Maria de Lima Salum e Morais - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Marina Ruiz de Matos - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Maria Lúcia Magalhães Bosi – Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza-CE – Brasil
Nelson Rodrigues dos Santos – Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo-SP – Brasil
Raul Borges Guimarães – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Presidente Prudente-SP – Brasil
Samuel Antenor – Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo - Unicamp - Campinas-SP – Brasil
Sonia I. Venâncio – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil
Suzana Kalckmann – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil



**SECRETARIA
DA SAÚDE**



Editorial

A motivação deste Boletim do Instituto de Saúde (BIS) fundamenta-se sobre a reflexão, sentido e a relevância da prática da pesquisa para o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua incorporação pelos gestores. Este questionamento decorre da trajetória histórica da produção dos pesquisadores do Instituto de Saúde, cujos resultados de investigação têm sido incorporados, em maior ou menor grau, pelo gestor.

O debate sobre a incorporação dos resultados das pesquisas é um tema recorrente entre pesquisadores no mundo todo, nos mais diversos campos do conhecimento. Também tem sido alvo de ampla discussão a complexidade dos fatores condicionantes envolvidos na tomada de decisão sobre a utilização desses resultados.

Este número do BIS é mais um conjunto de reflexões, discussões e atualizações sobre os diversos aspectos que influenciam a apropriação dos resultados dos estudos pelos gestores, constituindo um dossiê que não se pretende esgotar aqui.

Este dossiê constitui-se em conjunto de artigos com ampla diversidade de temas e abordagens, a saber: a criativa reflexão de Jose da Rocha Carvalheiro sobre a incorporação dos resultados de pesquisa pelos gestores do SUS; Ernesto Báscolo e Natalia Yavich relatam em denso artigo, o estudo de caso sobre a incorporação de conhecimentos em saúde coletiva pelos gestores da cidade de Rosário da Província de Santa Fé, Argentina; Helaine Carneiro Capucho e colaboradores realizam relevante retrospectiva sobre a institucionalização da avaliação das tecnologias em saúde no Brasil e a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC; na sequência Fernando Cupertino, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, relata uma rica experiência sobre a relação entre produção de conhecimentos em Saúde Coletiva e as políticas municipais do SUS; o artigo de Tereza Setsuko Toma apresenta uma reflexão sobre a incorporação do Método Canguru no cuidado ao recém-nascido de baixo peso e as políticas públicas; em seguida, Sonia Isoyama Venancio oferece uma relevante reflexão sobre as contribuições do Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) para a gestão e práticas de saúde no SUS; Luiza Sterman Heimann e colaboradores descrevem as lições aprendidas no processo de implantação da regulação municipal no contexto da parceria do Instituto de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Embu das Artes/SP; Roberta Cristina Boaretto e colaboradores dissertam sobre a Intersetorialidade no mesmo município no contexto das relações entre investigadores e a gestão municipal.

Além do dossiê, destacamos mais dois artigos relevantes que integram este número do BIS. Luís Carlos de Oliveira Cecílio e colaboradores realizam uma relevante reflexão a partir de um estudo de caráter qualitativo sobre o processo de implementação da regionalização no Estado de São Paulo, caracterizando as relações que se estabelecem entre o gestor estadual e os gestores municipais. Eliane Molina Psaltikidis e colaboradores descrevem o caso da construção de um Sistema de Apoio à Regulação de Urgência e Emergência para Região de Campinas, no contexto da parceria entre o Hospital de Clínicas-Unicamp e o Departamento Regional de Saúde DRS-VII.

Esperamos que este rico número do Boletim do Instituto de Saúde possa oferecer uma excelente e qualificada leitura, novas ideias e amplos horizontes de reflexão e práticas inovadoras nos serviços públicos de saúde, na complexa, urgente e necessária tarefa de aproximar investigadores e gestores públicos visando ampliar a qualidade e o aprimoramento contínuo do Sistema Único de Saúde. Ótima leitura a todos!

Anna Volochko

Carlos Tato Cortizo

Márcio Derbli

Incorporação dos resultados de pesquisa pelos gestores do Sistema (Único) de Saúde num contexto atual

Incorporation of the Research Findings by the Managers of the Brazilian Public Health System (Sistema Único de Saúde - SUS)

José da Rocha Carneiro¹

Resumo

Uma sociedade “baseada no conhecimento” considera essencial o esforço dos cientistas. Mas há queixas pela falta de uso das contribuições científicas pelos policy makers. Contradição em parte devida à diferença entre o ritmo da pesquisa e a urgência da decisão. Não se aceita, em geral, ser possível formular políticas públicas baseadas em evidências científicas. No campo da Saúde Pública, a determinação social e o contexto fazem variar as conclusões científicas. No debate a respeito do Sistema Único de Saúde no Brasil, citamos uma importante contribuição: as “5 estrelas da Agenda Estratégica da Saúde” (Cebes, Abrasco). O Decit, desde sua criação, formulou um Programa de Pesquisas para o SUS, sua criatura emblemática com missão de “fortalecer o SUS”. Num esforço que envolveu a comunidade científica e o Conselho Nacional de Saúde produziu-se uma “Política de CT&I em saúde” e uma “Agenda de Prioridades”. O processo participativo deu ao resultado final um caráter mais democrático do que o usual. Há hoje temáticas cada vez mais frequentes na literatura internacional que não podem ser ignoradas pelo PPSUS: KT (Knowledge Translation) e KTA (Knowledge to Action); mHealth, telefones celulares na saúde; Health in All Policies (Saúde em Todas Políticas).

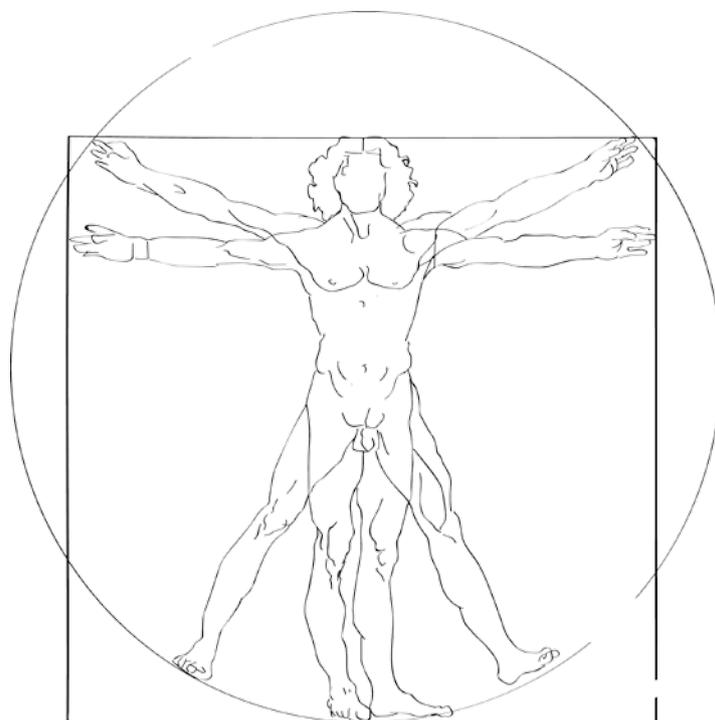
Palavras-chave: Decit, PPSUS, Política Pública em Saúde, SUS, Sistema Único de Saúde

Abstract

A “knowledge-based” society considers essential the effort of scientists. However, there complaints of the lack of the use of scientific contributions by the policy makers. Partially, this contradiction is due to the difference between the pace of the survey and the urgency for decision making. It is not accepted, in general, the possibility of the formulation of public policies based on scientific evidences. In the field of Public Health, the social determination and the context make scientific conclusions vary. In the debate regarding the Brazilian Public Health System (Sistema Único de Saúde - SUS), we mention an important contribution: the five stars of the strategic health agenda (Cebes, Abrasco). The Science and Technology Department (Departamento de Ciência e Tecnologia - DECIT), since its establishment, formulated a research program to the SUS, which is an emblematic creature with the mission of “strengthening the SUS”. In an effort which involved the scientific community and the National Health Council (Conselho Nacional de Saúde), a Policy on Science, Technology and Innovation in Health (Política de CT&I em Saúde) and a Priorities Agenda (Agenda de Prioridades) have been produced. The participative process gave as a final result a more democratic profile than the usual. Currently there are themes that are more and more frequent in the international literature which cannot be ignored by the Incentive Prize in Science and Technology for the SUS (Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS - PPSUS): KT (Knowledge Translation) and KTA (Knowledge to Action); mHealth, cellular phones on health; Health in All Policies (Saúde em Todas Políticas).

Keywords: Decit, PPSUS, Public Health Policy, SUS, Brazilian Public Health System

¹José da Rocha Carneiro (jrcarval@fiocruz.br) é médico, professor titular de Medicina Social (FMRP/USP), ex-diretor do Instituto de Saúde, membro do INCT-Inovação em Doenças Negligenciadas/ CDTS/Fiocruz



A. Queixumes e axiomas

Numa sociedade que se diz “baseada no conhecimento”, é quase unânime admitir o esforço dos cientistas como elemento essencial para o desenvolvimento tecnológico. Mas há controvérsias e são frequentes as queixas pela falta de apetite dos *policy makers* pelas contribuições da ciência. Pelo menos na área da saúde, nem sempre se identificam transferências imediatas do saber científico para melhorar a vida e o bem estar das pessoas.

Para citar um exemplo notável, Holland & Wainwright⁸, no número inaugural de *Epidemiologic Reviews*, abordam a relação entre a Epidemiologia e a Política de Saúde. O primeiro autor era então o Presidente da prestigiada Associação Internacional de Epidemiologia (IEA) o que empresta ao artigo um sabor de consenso entre os epidemiologistas. Nesse artigo, os autores reconhecem avanços no, já então, consagrado esforço para controle do tabagismo em decorrência da demonstrada associação com o câncer de pulmão. Porém, se queixam que o mesmo não tem acontecido em outros campos. Citam, por exemplo, os resultados dos estudos de coorte que associam hábitos alimentares e sedentarismo com as doenças cardiovasculares. Mencionam a inércia na adoção de políticas baseadas em resultados de pesquisa como um obstáculo a ser superado.

Num contexto bem mais modesto, fomos também vítimas dessa pretensão em ditar os rumos da política. Nos anos 70, defendemos uma tese de Livre Docência na FMRP/USP, relatando os resultados de quase 50 mil entrevistas domiciliárias na população residente em Ribeirão Preto, com referências a doenças ocorridas e ao uso de serviços de saúde⁴. Fazíamos um libelo à lamentável falta de interesse das autoridades locais em aplicar os resultados no planejamento das ações de saúde, apesar de terem oficialmente apoiado a realização dessa pesquisa de caráter contínuo durante anos. É bem verdade que foi possível colaborar com o Ministério da Saúde, aproveitando o caráter permanente do levantamento, para estimar a cobertura vacinal contra o meningococo C em amostra populacional. Este apoio foi um dos elementos usados na apresentação do Ministro da Saúde na Assembleia Mundial da Saúde (OMS), em Genebra, uma vez que a cobertura medida pelo número de doses aplicadas era superestimada em virtude da “invasão” de vacinados não moradores.

Lord Keynes, um dos mais importantes economistas do século XX, sempre foi um frasista notável por suas ideias transformadas em verdadeiros axiomas (*quotations*). Um deles vem bem a calhar: O que os

dirigentes mais odeiam são as coisas muito bem explicadas, pois lhes tiram a margem de manobras. No original inglês: *There is nothing a government hates more than to be well-informed; for it makes the process of arriving at decisions much more complicated and difficult*. Esta fala de Lord Keynes traduz uma realidade de então (1937)¹⁰, mas ainda é vigente. Quase um universal da cultura política.

B. Tempestivo e oportuno

A contradição abordada no item anterior deve-se, em grande parte, à diferença entre o ritmo da pesquisa e a urgência da decisão. Essa questão não é nova nem original, já havíamos lembrado em artigo anterior⁵ o alerta de Omram¹³ de que “os bons exemplos de Investigação em Serviços de Saúde (ISS), evitados os escolhos, são geralmente demorados; as ações, ao contrário, são geralmente imediatas e assumidas pelos dirigentes dos serviços aproveitando o conhecimento acumulado”. E acrescentávamos que esse conhecimento poderia ter sido gerado por ISS anteriores, realizadas ali mesmo ou em outro lugar. Passados quase vinte anos essas ideias mantêm-se vigentes, porém num contexto ainda mais complexo.

O fantástico acúmulo do conhecimento na atualidade e a novidade da aceleração de sua difusão pelos meios eletrônicos nos colocam em face de problemas inéditos. É do senso comum afirmar que a geração a que pertencem os atuais dirigentes está se mostrando incapaz de dar conta desse contraste. São “imigrantes analógicos” que gerenciam um mundo cada vez mais povoado de “nativos digitais”. Ou, dito de outra maneira, temos uma gestão conduzida por homens e mulheres do século XX, com ideias do século XIX, e aplicada em populações do século XXI.

É nesse sentido que se insere o caráter distinto do conhecimento em Saúde Coletiva, que preside uma maneira própria de pensar e agir e que lhe confere a qualidade de campo científico. Consideramos que a Saúde Coletiva tem como objeto todas as questões relacionadas com a saúde e o bem-estar das pessoas, em distintos níveis e abordados por diversas disciplinas científicas, cada uma com seus próprios referenciais e métodos.

C. Níveis de ancoragem

Em artigo anterior⁵ analisamos o “estado da arte”

da investigação em serviços de saúde. Embora um trabalho datado, ainda vige em alguns pontos, especialmente nas considerações a respeito dos níveis de ancoragem de qualquer trabalho científico¹⁴. Esse número temático de Saúde e Sociedade faz uma “incursão no campo da metodologia de investigação científica em saúde” e a aparente contradição nas datas das referências deve-se a questões relacionadas com o atraso da edição do periódico.

Essa questão dos níveis de ancoragem é importante para nos entendermos a respeito do que estamos falando. Podemos estar interessados em indivíduos ou em coletivos, agregados em famílias ou em outros grupos: sexo ou gênero, raça ou grupo étnico, estratos ou classes sociais. Geralmente esses grupos têm uma definição geográfica: unidade administrativa, país, mundo. Não será o mesmo discutir o tema proposto para este trabalho em diferentes níveis. Nem mesmo as disciplinas científicas subjacentes ao discurso serão as mesmas. Embora consideremos que o nível das pessoas individualmente é o que mais vezes é motivo de análise e divulgação, preferimos tratar de questões políticas (de saúde). No domínio coletivo, portanto.

As disciplinas científicas que dão sustentação teórica a nossa análise estendem-se por um leque invejável: Medicina Social, Medicina Preventiva, Medicina Comunitária e outras Medicinas. Cabem todas na ideia generosa de Saúde Coletiva, considerada um “olhar multidisciplinar das questões relacionadas com a saúde e o bem-estar das pessoas”. A discussão recente a respeito da ditadura epistemológica da Medicina Baseada em Evidências e seu contraponto da Medicina Baseada em Narrativas limita-se, a nosso ver, ao terreno da saúde dos indivíduos e não será objeto de nossas indagações. Nem mesmo a Medicina Translacional (ou “de tradução”, ou melhor “transcrição”). Nosso trabalho critica explicitamente a ideia de aceitar, de maneira simplista, que é possível na saúde (e em outras áreas) formular políticas públicas baseadas em evidências (EBP). Como se estivéssemos tratando nesse terreno de “universais”, à semelhança do que ocorre nas ciências biomédicas.

Michel Serres¹⁶ considera de maneira brilhante os problemas de tradução nas ciências (duras) e na literatura. Creio que o que este autor afirma para a literatura também vale para os resultados de pesquisa nas ciências sociais, em função das determinações

do contexto em que são realizadas. Segundo Serres, podemos demonstrar o teorema de Pitágoras em qualquer cultura na sua própria linguagem, não há distorções semânticas. Até porque há uma linguagem simbólica universal na matemática e na geometria. Vale também para outras ciências (duras), como Física e Química. No entanto, nas pesquisas no campo da biologia, fisiologia e patologia humanas, há dúvidas quanto à generalização universal. Um exemplo simples: vacinas (por exemplo de AIDS) produzidas por engenharia genética empregando vetores de vírus (canarypox e outros poxvirus, ou adenovirus) têm eficácia diferente em populações com incidência distinta desses vírus circulantes. E, no campo da Saúde Pública, há uma certeza: a determinação social e o contexto fazem variar as conclusões. É verdade que se podem buscar algumas verdades com caráter universal. É o caso do “postulado de coerência”, formulado por Mário Testa¹⁹ e que comentamos com algum detalhe em texto anterior⁵. Postula que “os propósitos de uma instituição, os métodos que utiliza e a organização que assume devem ser coerentes”.

D. A Política Pública Baseada em Evidências

Já mencionamos Lord Keynes e seu axioma relacionado com a ojeriza às explicações muito detalhadas que os cientistas fazem da realidade social. No mesmo trabalho onde capturamos a *quotation* de Keynes, a autora AbouZahr¹ abre sua exposição com outras duas diametralmente opostas, a segunda delas de origem no Banco Mundial: (1) “*Statistics are the eyes of the policymaker*”; e (2) “*Without good statistics, the development process is blind: Policy makers cannot learn from their mistakes, and the public cannot hold them accountable (WB)*”. Não surpreende, portanto, que também na área da saúde haja seguidores da ideia de que Políticas Públicas devem ser “baseadas em evidências”.

A maneira como a metodologia epidemiológica dos fatores de risco se desenvolveu, nos países que completaram a transição demográfica, se justifica pelo seu corolário, a transição epidemiológica. Passada a primeira revolução epidemiológica, como alguns chamam o controle das doenças transmissíveis, o quadro sanitário viu-se amplamente dominado por doenças crônicas não transmissíveis. A teoria do germe perdeu seu poder explicativo e foi substituída por uma teoria da multi-causalidade que afastou o objeto de indaga-

ção cada vez mais da doença propriamente dita e mergulhou nos fatores de risco. Ainda hoje estamos sob o domínio desta maneira hegemônica de construir o pensamento reinante na área médica, oriunda do desenvolvimento da Epidemiologia desde meados do século XX e que se constituiu como “epidemiologia clínica”. O que é curioso é que, ao pensar a Saúde Pública de onde sorveu sua maneira de pensar, essa *Evidence Based Medicine (EBM)* sustenta um modo de construir o pensamento científico que não pode ser mecanicamente transferido para o campo das políticas (de saúde, em nosso caso).

E. O caráter polêmico do SUS na atualidade

Ao mudar a proposta original do título desta contribuição “Problematizar a incorporação dos resultados de pesquisa pelos gestores do Sistema Único de Saúde”, assumimos que a tarefa é complexa e exige identificar o que entendemos na atualidade por Sistema Único de Saúde no Brasil. Tem-se dito que, pelo vertiginoso crescimento do setor privado, temos hoje um Sistema “dual”, seja lá o que isto for. Parece mais uma questão de desigualdade, ou iniquidade, num meio social e numa economia admitida como uma das *top 10* (quinta ou sexta) mas com um IDH *bottom 100* (84° entre 187 países). A imagem que nos ocorre é a do uso obrigatório do transporte público pela fatia mais pobre da população e, a partir de certo nível de renda, algum tipo de possibilidade de escolha dependente dos custos. Quem nada possui anda a pé ou serve-se de meios gratuitos de transporte, como escadas rolantes e os ônibus circulares de alguns centros universitários. Quem é muito rico também anda a pé, usa escada rolante e transporte público, gratuito ou pago. Mas tem no transporte individual outra escolha possível, compra um carro. Nesse nível e em níveis intermédios, o Sistema de Saúde no Brasil parece que, ao invés de dual, é flex como nossos carros na atualidade. Quem pode compra o modelo e usa o combustível que mais lhe convém.

Não estamos falando de nada que já não tenha sido abordado em nosso meio. Para citarmos apenas uma contribuição, lembramos a análise “da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais” de Malta et al¹². O mesmo grupo de autores tem prosseguido numa linha que aborda a ‘produção social da regulação’, em que é presumível que a regulação legal ou

‘formal’ do acesso parece que não é válida, pelo menos para os segmentos médios e superiores de renda na sociedade. Já existe mesmo um plano privado de saúde que jura fornecer um ‘passaporte para medicina de 1.º mundo, voltado para o público A e B’. Além disso, ganha vulto no mundo e também se instala no Brasil um movimento de “turismo médico” que movimenta recursos da ordem de bilhões de dólares⁷. Nem estamos sendo muito originais na crítica, a literatura científica e os meios sociais de comunicação tratam dessa questão com frequência cada vez maior. Para citar apenas algumas, iniciamos com as “5 estrelas da Agenda Estratégica da Saúde” produzidas por entidades atuantes na área, entre elas Cebes e Abrasco tradicionais condutores do processo da Reforma Sanitária Brasileira². Também os últimos números (volumes 34 e 35) de “Saúde em Debate”, periódico editado pelo Cebes têm sido exemplares nesse debate no nível acadêmico (ver, por exemplo, Santos¹⁵). E, para não deixar de lado a imprensa corporativa, em número recente do Jornal do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) o ex-Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, assevera que o “SUS está se americanizando, copiando a lógica de um dos piores sistemas de saúde do mundo”¹⁸.

F. PPSUS: o que se pode esperar

No final da década de 90, a Secretaria de Políticas de Saúde do MS convocou um GT com a tarefa de propor instrumentos organizacionais para C&T em saúde. Foi composto por pesquisadores de diversas áreas, com predomínio da Saúde Coletiva o que fez com que se atribuísse à proposta de criar uma nova estrutura a missão de “Impregnar o SUS de ideias”⁶. Sem desprezar a relevância da pesquisa científica em outras áreas disciplinares, este viés deu um recado claro. Numa estrutura ministerial ligada à saúde, e não à educação ou à C&T, devem ser enfatizadas questões relacionadas ao Sistema Único de Saúde. Essa proposta redundou na criação de um Departamento na Secretaria de Políticas de Saúde, o DECIT que se esmerou em propor imediatamente um “Programa de Pesquisas para o SUS (PPSUS)”, sua criatura emblemática. Este tem o “intuito de financiar pesquisas em temas prioritários para a saúde da população e contribuir para o fortalecimento do SUS no País”³.

Um esforço que envolveu a comunidade científica e o Conselho Nacional de Saúde, permitiu formular uma

“Política de CT&I em saúde” e definir uma “Agenda de Prioridades”. Esta última é, mais que uma agenda de prioridades, um verdadeiro “Diretório” de problemas na área da saúde que não difere muito do que é feito em outros países, por exemplo nos EUA com seu *Healthy People 2020*. Ao incluir o Conselho Nacional de Saúde no processo de discussão, o Ministério da Saúde inova em relação ao que ocorre em outros lugares onde esta tarefa é quase exclusiva de gestores e acadêmicos. O processo participativo, com suas dificuldades, dá ao resultado final um caráter mais democrático do que o usual nos editais de concorrência das agências de fomento. Também a organização desta área no Ministério da Saúde mudou, sendo criada uma Secretaria de C&T e Saúde, que incorpora o DECIT, mas tem outras atribuições, em particular a de dar sustentação à política voltada para o Complexo Produtivo em Saúde. Mas é sempre bom lembrar que, ao menos no PPSUS pela sua missão de “fortalecer o SUS”, os Editais devem ser expressão dos interesses (e necessidades) regionais e locais. Nesse sentido, a ideia de Redes no sentido acadêmico⁵ deve subsumir a análise da concretude das “redes reais”.

Para finalizar, uma breve passagem a voos de helicóptero por alguns temas que têm aparecido cada vez com maior frequência na literatura internacional e não podem ser ignorados:

- KT (*Knowledge Translation*) e KTA (*Knowledge to Action*), este último um método rápido para traduzir evidências científicas para os gestores regionais que os autores preferem chamar Sumários de Evidências (*Evidence Summaries*) e não Revisão Rápida (*Rapid Review*) (ver Khangura et al⁹).

- o mHealth²⁰, tendência cada vez maior de emprego de telefones celulares na área da saúde, especialmente mas não só em ambientes remotos.

- Health in All Policies (HiAP), uma ideia que tem sido amplamente discutida na Europa, no Canadá e na Austrália e que se assemelha, em nosso caso, ao debate sobre a natureza do processo constituinte que conduziu a uma proposta de SUS incluída num sistema de seguridade social (ver, por exemplo, Kickbusch¹¹ e Shankardass et al¹⁷).

Referências

1. AbouZahr, C. Use of statistical data for policy analysis and advocacy: Some lessons learnt and suggestions for action. Background paper. In: Workshop on Effective Use of Statistical Data for Policy Analysis and Advocacy: building on success; 24-26 Oct 2011. Bangkok, Thailand; 2011.
2. ABRASCO. SUS igual para todos: agenda estratégica para a saúde no Brasil [monografia na internet]. São Paulo; 2011 [acesso em 22 fev 2012]. Disponível em: www.abrasco.org.br.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Como elaborar projetos de pesquisa para o PPSUS [monografia na internet]. Brasília (DF): Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; 2010. (Série A: Normas e manuais técnicos) [acesso em 22 de fev 2012]. Disponível em: http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/como_elaborar_projetos_ppsus_guia.pdf.
4. Carvalheiro JR. Condições de saúde por entrevistas domiciliárias [tese de Livre Docência]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 1975.
5. Carvalheiro JR. Investigação em Serviços de Saúde: qual é o seu problema? Saúde e Sociedade. 1994;3(2):64-111.
6. Carvalheiro JR. Impregnar o SUS de ideias. Boletim do Instituto de Saúde- BIS. 2011;13(1): 92-5.
7. Furtado JJA; Guimarães T. Turismo médico também traz risco a paciente. Folha de São Paulo, 2012 fev 21; Caderno Mercado.
8. Holland WW, Wainwright AH. Epidemiology and Health Policy. Epidemiol Reviews. 1979; 1(1): 211-232.
9. Khangura S, Konnyu K, Cushman R, Grimshaw J, Moher D. Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. Systematic Reviews [periódico na internet]. 2012 [acesso em 22 fev 2012];1:10. Disponível em: <http://bit.ly/AgrH4N>
10. Keynes JM. The times. Collected Writings. 1937; 21:409.
11. Kirkbusch I. Policy Innovation for Health. New York: Springer; 2009. 207 p.
12. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Ciência & Saúde Coletiva. 2004;9(2):433-444.
13. Omram AR. Investigación sobre sistemas de salud: métodos y escollos. Foro Mundial de Salud. 1990;11:288-294.
14. Samaja J. Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica. 3.ed. Buenos Aires: Eudeba, 1995.
15. Santos NR. O Estado que temos e os rumos que queremos. Contribuição para posicionamento com os novos governos: federal e estaduais. Saúde em Debate. 2010;34(87):616-646.
16. Serres M. Júlio Verne: a ciência e o homem contemporâneo. Rio de Janeiro: Bertrand; 2007. 92p.
17. Shankardass K, Solar O, Murphy K, Freiler A, Bobbili S, Bayoumi A, Campo P. Health in all policies: a snapshot for Ontario, results of a realist-informed scoping review of the literature. In : Getting started with health in all policies: a resource pack [monografia na internet]. Ontario, Canada: Centre for Research on Inner City Health; 2011. [acesso em 22 de fev. 2012]. Disponível em : <http://bit.ly/wnt2hN>
18. Temporão JG. O SUS está num processo lento de degradação : entrevista. Jornal do CREMESP, 2012 jan/fev (288).
19. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas/ Abrasco; 1992.
20. World Health Organization. mHealth: new horizons for health through mobile technologies. Based on the findings of the second global survey on eHealth [monografia na internet]. Geneva; 2011. (WHO. Global Observatory for eHealth Series, 3) [acesso em 22 fev 2012]. Disponível em: <http://bit.ly/jNztw7>

Incorporação dos conhecimentos da Saúde Coletiva pelos gestores de saúde na Argentina. O caso dos serviços de saúde de Rosario

Incorporation of Knowledge in Public Health by the Health Services Managers in Argentina. The Case of the Health Services in Rosario

Ernesto Báscolo^I e Natalia Yavich^{II}

Resumo

Este ensaio busca refletir sobre uma estratégia de utilização do conhecimento pelos gestores de serviços municipais de saúde na cidade de Rosário (Argentina), através da articulação de processos de pesquisa e formação de gestores de serviços de saúde com os processos políticos e institucionais de mudanças na organização do sistema de serviços de saúde. A geração das condições de integração demandou esforços significativos de adaptação: mudanças dos atores envolvidos para facilitar a legitimidade e a comunicação entre academia e serviços de saúde, desenvolvimento de novos conteúdos e metodologias adaptadas aos problemas existentes e produção de estratégias ativas de divulgação de pesquisas a partir de uma ampla gama de trabalhadores. Os níveis de flexibilidade necessária e a magnitude dos esforços investidos tanto pelos produtores quanto pelos usuários do conhecimento devem ser interpretadas no contexto da complexidade política que atravessa os sistemas de saúde na América Latina, onde a gestão dos serviços influencia tanto o conhecimento cognitivo, na distribuição de recursos (energia e dinheiro), bem como sobre os resultados substantivos oferecidos à população.

Palavras-chave: Utilização do Conhecimento Científico nos Serviços de Saúde, Inovações Institucionais, Atores, Processos Políticos

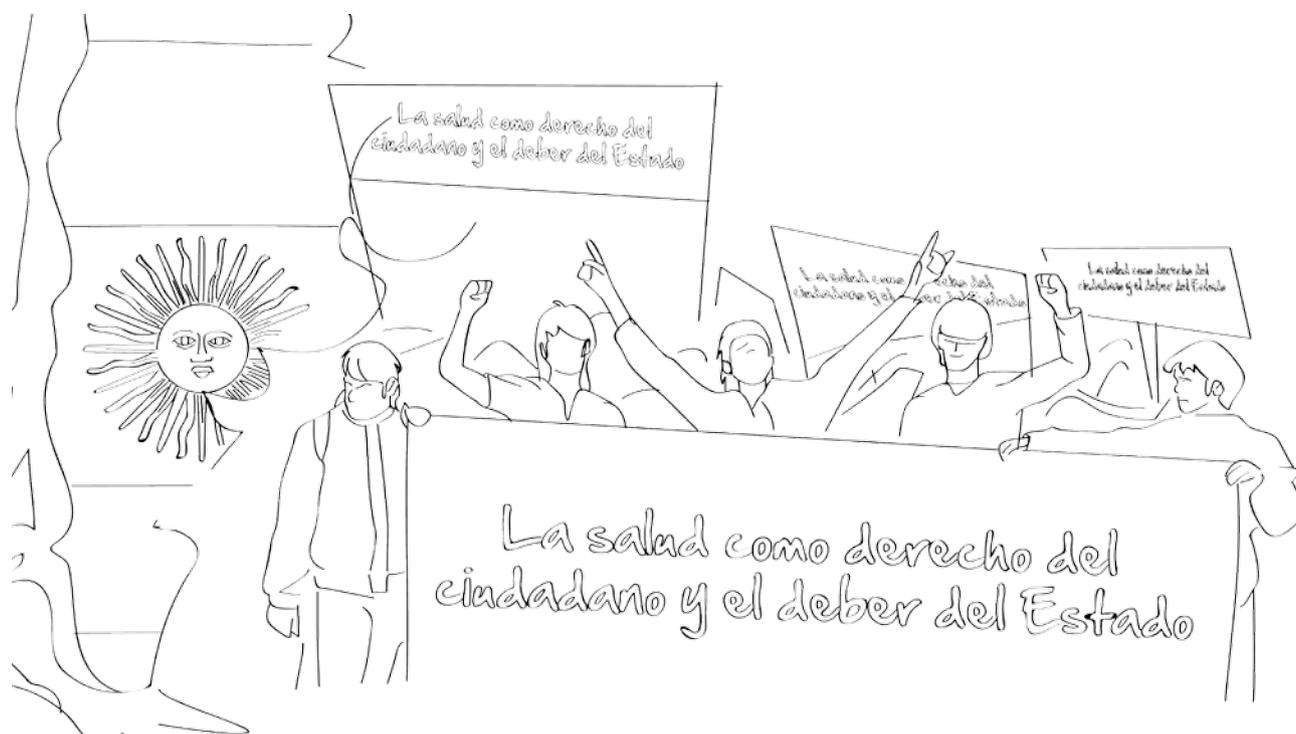
Abstract

This article aims to reflect on a strategy of the use of the knowledge of local health services managers in Rosário (Argentina), through the articulation of research and training processes of local health services managers with the processes of political and institutional changes in the organization of the health services system. The creation of the conditions for the integration demanded considerable efforts of adaptation: changes of the involved actors were conducted to facilitate the legitimacy and the communication between the academy and the health services, new contents were developed and methodologies were adapted to the prevailing problems, besides the development of active strategies for publicizing researches as of a wide range of workers. The levels of the needed flexibility and the magnitude of the invested efforts by the producers and also by the users of the knowledge should be interpreted under the context of the political complexity that permeates the health systems in Latin America, where the services management influences not only the knowledge, in terms of resources distribution (power and money), but also the significant outcomes offered to the population.

Keywords: Use of Scientific Knowledge in Health Services, Institutional Innovations, Actors, Political Processes

^IErnesto Báscolo (ebascolo@gmail.com) é pesquisador do Departamento de Economia e Gestão e Saúde no Instituto de Saúde Juan Lazarte e docente da Universidade Nacional de Rosário (Argentina)

^{II}Natalia Yavich (nyavich@gmail) é pesquisadora do Instituto de Saúde Juan Lazarte e docente da Universidade Nacional de Rosário (Argentina)



Introdução

O objetivo deste artigo é apresentar um caso de incorporação de conhecimento pelos gestores de serviços de saúde na Argentina e analisar as estratégias utilizadas em termos dos mecanismos e das modalidades de articulação dos atores envolvidos.

A incorporação do conhecimento da saúde pública pelos gestores e políticos adquiriu relevância recentemente como temática teórica/conceitual dentro de um debate analítico e também como instrumento para a elaboração de estratégias de intervenção com capacidade de promover processos de mudança e melhorar o desempenho das organizações de saúde².

Na América Latina, o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) adquire algumas características particulares no que tange aos processos políticos envolvidos. Há diferentes concepções de APS que se apresentam como lógicas e valores em disputa, representando visões de sistemas de proteção social alternativos. Tomando o conceito de campo de Boudie²⁰, podemos reconhecer que essas lógicas e concepções em disputa podem ser interpretadas como parte de um processo de estruturação institucional no qual o conhecimento, as relações de poder entre atores e a geração de mudanças organizacionais devem ser analisados de maneira integral.

Da mesma forma, diferentes abordagens teóricas foram geradas e utilizadas na análise da incorporação do

conhecimento, inclusive com aplicação no estudo da relação entre equipes de pesquisa e políticas de ampliação da proteção social em saúde^{17, 3, 5}.

O presente artigo busca refletir sobre um caso particular de utilização do conhecimento de gestores de serviços de saúde no qual tanto os processos de pesquisa como a formação de gerentes de serviços de saúde podem ser considerados intervenções articuladas aos processos políticos e institucionais que contiveram e explicam as mudanças na organização dos serviços de saúde.

Marco de Análise

O marco teórico é constituído por três componentes. Em primeiro lugar, parte-se da análise do campo da APS como um campo em disputa em termos de lógicas e valores comprometidos⁶. Em segundo lugar, fundamenta-se a necessidade de enfatizar o nível meso associado às redes dos serviços de saúde como espaço institucional com capacidade de interpretar e processar as visões alternativas da APS e estabelecer um marco de valores e mecanismos de regulação que condicionam a conduta dos atores envolvidos na gestão dos serviços de saúde^{20, 6}. Por fim, introduzem-se dimensões conceituais vinculadas à utilização do conhecimento. Esse marco busca interpretar o papel da formação e da pesquisa como estratégias de intervenção sobre os processos de decisão envolvidos nas iniciativas de desenvolvimento da APS⁴.

A APS, um campo de disputa de valores e lógicas

A América Latina passa por processos de reforma orientada. A institucionalidade da APS é um campo em disputa no qual convivem diferentes lógicas, inclusive contraditórias. Essas diferentes lógicas se instalam como componentes institucionais sobre as formas organizacionais que os serviços de saúde adquirem. Porém, essa relação não é direta nem linear^{20,4}.

O desenvolvimento da APS como objetivo e orientação da reforma dos sistemas de saúde foi um componente comum e mantido por mais de duas décadas¹. Contudo, também se advertiu que, por trás de tais iniciativas, existem diversas perspectivas e concepções da APS como reflexo de diferentes visões, posições e objetivos das instituições envolvidas em cada caso⁴. As diferentes concepções da APS seguiram um percurso que parte de uma concepção da promoção da saúde (associada a programas de saúde pública), como programas de saúde verticais de prevenção e tratamento de problemas de saúde predominante, como primeiro nível de atenção estabelecendo um primeiro contato com o sistema de saúde, como maior capacidade de atenção garantindo a acessibilidade ao sistema de serviços de saúde, ou então como eixo organizador e coordenador do sistema. Essas diferentes concepções da APS se apresentaram, em alguns casos, como diferentes visões superadoras e, em outros, como reflexo de visões contraditórias.

Existe um renovado interesse pela análise das condicionalidades do contexto institucional, em que existem disputas de lógicas, valores e atores que têm influência sobre as formas organizacionais²⁰. A maneira pela qual as estratégias de APS se processam entre tais lógicas e interesses constitui um tema crucial para entender a dinâmica de mudança dos processos de implementação⁴.

A institucionalidade da rede de serviços

Existe uma relevância crescente do papel da rede dos serviços como espaço essencial na definição de valores, normas e mecanismos de regulação dos sistemas de serviços de saúde. As organizações não necessariamente reagem, nem de forma passiva, nem diretamente, às condições macro do contexto nacional ou regional. Cada vez mais, os sistemas de serviços de saúde adquirem uma dinâmica própria no espaço institucional da rede dos serviços de saúde. Esse espaço se transforma em um nível institucional composto por estruturas de governança, atores estratégicos e lógicas predominantes. A

governança define as formas de regulação das práticas e desempenho das organizações⁵.

Uma tipologia dos modos de governança definida em função dos mecanismos de regulação se apresenta da seguinte forma¹⁵. Os modos de clã se caracterizam pela regulação da conduta dos atores através da força de valores comuns, os modos hierárquicos se fundamentam na aplicação de normas burocráticas que buscam restringir as condutas, e os modos de incentivos orientam os agentes em função de seus interesses particulares. Embora não existam modelos únicos e puros, é possível caracterizar os modos de governança das redes de modo a destacar a natureza dos mecanismos de regulação utilizados¹⁹. Os atores estratégicos têm influência sobre os processos políticos que explicam a distribuição de poder e a orientação dos processos decisórios e seus principais ganhadores e perdedores. Por fim, as lógicas predominantes explicam concepções estabelecidas nas práticas dos atores, que definem suas percepções, concepções e capacidades de interpretação de problemas e opções de intervenção sobre a realidade⁶.

A utilização do conhecimento e a relação entre produtores e usuários

A análise da utilização do conhecimento foi abordada considerando diferentes modelos de interação entre produtores e usuários da informação, que, neste caso, poderiam considerá-los tomadores de decisões ou gestores de serviços de saúde. Inclusive enfatizou-se recentemente a necessidade de levar em conta o papel dos intermediários que atuam entre a produção da informação e os usuários finais. Os modelos são: Impulso da ciência, Tração da demanda, Disseminação, Interação e Uso do processo⁵.

O modelo de Impulso da ciência concebe a incorporação da evidência como um resultado natural da produção de um estoque de conhecimentos colocado à disposição dos tomadores de decisões. O modelo de Impulso da ciência pressupõe que os tomadores de decisões adotarão a informação pelo simples fato de pô-la à disposição deles. No modelo de Tração da demanda, pelo contrário, considera-se que a transferência de informação ocorrerá na medida em que os pesquisadores produzam informação orientados pelas necessidades de conhecimento dos tomadores de decisões¹³.

O modelo de “disseminação” toma as características do contexto como fator relevante. Considera que não basta que os resultados das pesquisas sejam

difundidos para que aumentem as possibilidades de serem utilizados. Conseqüentemente, é necessário que o produtor de informação desenvolva atividades de transmissão da informação, concebidas levando-se em conta as características dos tomadores de decisões e seu contexto¹⁴.

Os modelos de Interação e Uso do processo reconhecem a transmissão de conhecimento como um processo bidirecional e não mecânico. O modelo de Interação concebe a utilização de resultados como um processo de aprendizagem sensível ao contexto dos tomadores de decisões e dos pesquisadores. O conhecimento é concebido como um “conjunto dinâmico de concepções delineadas pelo usuário e o produtor”⁹. O emprego de informação na tomada de decisões é, portanto, produto de diversos fatores, tais como as características do produto da pesquisa, o interesse dos usuários, a adaptação do produto ao usuário, as estratégias de disseminação desenvolvidas e os mecanismos de vinculação entre os pesquisadores e os tomadores de decisões¹⁴.

O modelo de uso do processo reconhece a potencialidade do processo de articulação entre os pesquisadores e os tomadores de decisões como uma instância através da qual é possível aos tomadores de decisões influírem em suas concepções e lógicas instituídas. Patton (2002) afirma que a participação dos tomadores de decisões nos processos de pesquisa é uma estratégia efetiva para pensar avaliativamente, o que supõe interpretar dados empíricos, tirar conclusões e emitir juízos baseados em evidência científica. Esse modelo se relaciona não só a mudanças individuais no pensamento e no comportamento de usuários da pesquisa, como também a mudanças em procedimentos e cultura observáveis em nível coletivo ou organizacional.

Contexto e apresentação do caso em análise

A apresentação do caso se divide em três partes. A primeira faz referência ao contexto institucional e ao processo de mudança do sistema de serviços de Rosario. A segunda identifica as estratégias utilizadas para promover a incorporação de conhecimentos dos gestores de serviços de saúde em Rosario.

Características Institucionais do caso de Rosario

O sistema de serviços municipais de saúde de Rosario passou, nas últimas duas décadas, por um processo de desenvolvimento de serviço de saúde com transfor-

mações baseadas em uma concepção da APS como coordenadora e organizadora do sistema.

A institucionalidade da rede de serviços de saúde do sistema de Rosario compõe-se de mecanismos e normas de coordenação entre organizações, de uma lógica de APS com especificidades e diferenças em relação às prevalentes, definidas nas iniciativas nacionais, e de um modo de governança baseado em valores. O fortalecimento e o empoderamento do primeiro nível de atenção geraram inovações que favoreceram a consolidação de um “movimento de APS” com forte compromisso social e uma melhora do desempenho dos serviços.

O principal modo de governança que prevaleceu nesse processo foi o modo de clã (regulação da ação coletiva a partir da adesão voluntária a valores compartilhados), através de um forte compromisso das equipes de saúde com base em valores sociais que articularam a ponderação da participação dos trabalhadores com a defesa do direito à saúde. Esse processo acarretou mudanças radicais em que o processo de interação esteve presente em diferentes níveis (conselhos coletivos do consórcio de saúde, formado por gestores das organizações, conselhos coletivos de distritos e equipes de saúde no nível dos serviços). A participação e discussão das equipes de saúde se transformaram em um valor estabelecido no mesmo modelo de gestão⁷.

O desenvolvimento desse processo de mudança e institucionalização de uma concepção de APS transitou com dois fenômenos políticos simultâneos. Por um lado, um contexto de polarização entre profissionais das especialidades médicas e equipes do primeiro nível de atenção e, portanto, de valores diferentes que fizeram parte de situações de conflito e disputas. Por outro, um crescente consenso e legitimação de uma perspectiva de APS abrangente.

As estratégias de transferência do conhecimento

As estratégias de transferência do conhecimento foram identificadas no período compreendido entre 2002 e 2012, integrando as coortes do Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde da Universidade Nacional de Rosario (www.mgsss.com.ar), realizadas nesse período na cidade de Rosario, e os projetos desenvolvidos pelas linhas de pesquisa de governança e avaliação de serviços e saúde do Departamento de Gestão do Instituto de Saúde Juan Lazarte (www.capacitasalud.com.ar).

As estratégias de transferência do conhecimento fo-

ram geradas através de duas linhas de ação: i) o processo de formação de gestores através do mestrado em gestão de sistemas e serviços de saúde e ii) linhas e projetos de pesquisa que integraram a análise da governança, as inovações organizacionais e a avaliação de desempenho dos serviços de saúde.

O mestrado em gestão de sistemas e serviços de saúde (MGSSS) é um programa de pós-graduação do Centro de Estudos Interdisciplinares da Universidade Nacional de Rosario (mgsss.com.ar). Tem um perfil profissionalizante destinado a melhorar as capacidades de intervenção dos gestores nos sistemas de serviços de saúde. Seu programa é constituído de seminários conceituais do sistema de saúde, instrumentais e metodológicos. Como complemento, são abordadas “atividades em serviço”, com roteiros de trabalho e espaços tutoriais que articulam a análise de problemas nas organizações dos alunos com a realização dos seminários.

As atividades de pesquisa contemplam diferentes projetos que fizeram parte das linhas de pesquisa de governança em APS e avaliação de serviços de saúde. Em seguida, apresentam-se os projetos incluídos nessa análise: Análise da eficácia de políticas de Atenção Primária à Saúde em dois municípios da província de Buenos Aires, Argentina; Desenvolvimento e aplicação do Marco Analítico de Governança aos processos de implementação de políticas de ampliação da proteção social em saúde na América Latina; Avaliação da eficiência, em termos de custo, das intervenções e dos arranjos organizacionais aplicados à prevenção da nefropatia diabética nos serviços de saúde municipais da cidade de Rosario; Projeto N.º 102107-006: Apoio para desenvolver e administrar um website para o projeto: Pesquisa para a proteção social em saúde na América Latina e no Caribe; Projeto N.º 101232: Análise das capacidades institucionais e avaliação do desempenho do Seguro Público de Saúde Materno-Infantil da Província de Buenos Aires.

Essas linhas de ação são analisadas considerando-se quatro componentes que foram utilizados para facilitar a transferência do conhecimento e integrar-se à institucionalização da rede de serviços: 1) renovação dos atores envolvidos em pesquisa e MGSSS, 2) renovação dos conteúdos das temáticas relevantes do processo decisório, 3) adequação das metodologias utilizadas e 4) desenvolvimento e inovação dos mecanismos de disseminação.

1. Os atores

A definição dos atores que fazem parte dos projetos de pesquisa e do MGSSS adquire relevância para entender os processos de interação do conhecimento. Em ambos, ocorreram mudanças na incorporação dos atores envolvidos. Dois grandes tipos de mudanças podem ser identificados: 1) integração do MGSSS aos projetos de pesquisa e 2) articulação do MGSSS e dos projetos de pesquisa com os processos decisórios.

Com relação à integração entre a formação do MGSSS e os projetos de pesquisa, foram realizados esforços para transformar o processo de pesquisa e os resultados do mesmo em conteúdos centrais do processo de formação do MGSSS. Com esse objetivo, o pessoal docente do MGSSS incluiu pesquisadores ativos, envolvidos em projetos nacionais e internacionais. Complementarmente, o MGSSS utilizou um pequeno fundo de bolsas de estudo para incluir os alunos nos próprios projetos de pesquisa. Dessa forma, foram promovidas mudanças para integrar atores, conteúdos e espaços de intercâmbio entre a formação com os projetos de pesquisa.

No que tange às mudanças do processo de pesquisa e de formação do MGSSS aos processos de decisão, podem-se reconhecer os seguintes pontos.

O processo de pesquisa se transformou em espaço de interação entre produtores e usuários do conhecimento através da integração de atores envolvidos na gestão dos serviços em diferentes atividades. Tanto na problematização como na discussão de instrumentos de coleta de informação, nas mesmas atividades de coleta de informações e na análise dos resultados, abrem-se dispositivos de participação dos tomadores de decisões envolvidos na gestão dos serviços de saúde.

O processo de formação do mestrado em gestão de sistemas e serviços de saúde também utilizou estratégias específicas para fomentar a interação de atores na transferência do conhecimento. Em primeiro lugar, existe um recrutamento ativo de gestores como alunos. Em segundo lugar, gestores no espaço de liderança política e formação acadêmica ocuparam papéis docentes, em aulas e temáticas associadas às iniciativas de mudanças geradas nesses processos.

Por fim, o MGSSS tem a característica de contar com tutores durante o processo de formação, em que se realizam roteiros de trabalho e “atividades de campo” que abrangem a coleta de informação e a análise de problemas e propostas de intervenção. Essas atividades tutoriais

são espaços coletivos coordenados por um tutor com capacidade acadêmica e conhecimentos de gestão dos serviços. Profissionais que cursaram e aprovaram o MGSSS e que desempenhavam funções de gestão nos serviços de saúde e possuíam capacidades de gestão de recursos humanos foram recrutados como novos tutores. Esses espaços foram essenciais como espaço de intercâmbio do conhecimento entre os diferentes processos decisórios, de formação e de pesquisa.

2. Os conteúdos das temáticas relevantes

Os conteúdos dos projetos de pesquisa e do MGSSS passaram por inovações muito relevantes durante o processo estudado. Transformaram-se em novos conteúdos e dimensões conceituais pertinentes aos problemas, aos

conflitos e ao “sentido” dos processos de mudança. Dessa forma, a consideração das características do contexto da rede do sistema de serviços de saúde de Rosario foi uma referência essencial na reformulação dos processos de pesquisa e de formação. Não só devem ser considerados processos de adaptação ao contexto, como também reflexos de intercâmbios do conhecimento de natureza multidirecional entre atores, organizações e lógicas.

Na tabela a seguir, explicitam-se as inovações geradas no MGSSS e nos projetos de pesquisa em função de diferentes temáticas introduzidas. As mudanças no MGSSS são indicadas através dos conteúdos incorporados, com menção aos seminários correspondentes. As mudanças geradas nos projetos de pesquisa são mencionadas como atividades realizadas ou abordagens utilizadas.

| Temáticas | Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde | Projetos de Pesquisa |
|--|---|--|
| Concepções de APS, sistemas de saúde e estruturas das organizações | Diferentes concepções de APS em diferentes sistemas de saúde (Seminário sobre Modelos de Gestão) | Introdução das concepções de APS como variáveis endógenas aos projetos |
| Modos de Governança e arranjos organizacionais | Caracterização dos modos de governança das redes de serviços e suas implicações organizacionais (Seminário sobre estrutura das organizações) | Identificação dos modos de governança de Clã, Hierárquico e de Incentivos |
| Modelos organizacionais e desempenho dos serviços de saúde | Análise da relação entre formas organizacionais e desempenho dos serviços (Seminário sobre Técnicas e Ferramentas de Gestão de serviços de saúde) | Comparação de modos de governança em distintos cenários e desempenho dos serviços |
| Identificação e análise de problemas | Identificação de arranjos organizacionais e análise de suas capacidades de resolução de problemas de acessibilidade e qualidade dos serviços (Seminário sobre Identificação de problemas) | Atividades de análise de problemas organizacionais e desempenho, com a utilização dos dados de levantamento organizacional e pesquisas populacionais de avaliação de desempenho dos serviços |
| Modelos e metodologias de avaliação de serviços de saúde | Apresentação de abordagens alternativas de avaliação de serviços de saúde. (Seminário sobre Construção e interpretação de indicadores) | Aplicação de diferentes modelos de avaliação de serviços de saúde |
| Utilização do conhecimento | Modelos alternativos de utilização do conhecimento (Seminário sobre Análise da informação para a tomada de decisões) | Aplicação de ferramentas dos modelos de intercâmbio do conhecimento |

3. Inovação nas metodologias

As mudanças geradas nas formas de trabalho se explicam pela natureza da abordagem integral que se apresenta neste caso, em que se promovem processos de integração e intercâmbio de conhecimento entre os processos de pesquisa, formação e tomada de decisões, como também com atividades mais específicas relacionadas a inovações nas metodologias implementadas e nas estratégias que promovem o intercâmbio de conhecimentos.

Na tabela a seguir, apresentam-se mudanças que foram introduzidas no processo de formação do MGSSS e nos projetos de pesquisa. Também se assinalam os espaços da gestão, utilizando os resultados das pesquisas.

| | Formação | Pesquisa | Processo decisório |
|-------------------------|--|--|---|
| Problematização | Modificação dos roteiros de trabalho em espaços tutoriais | Oficinas com equipes de pesquisa e gestores sobre a problematização dos problemas de acesso e integralidade da atenção | Introdução de resultados preliminares ou finais das pesquisas nos espaços coletivos de gestão (consórcio, distritos, equipes de gestão) |
| Análise de intervenções | Orientação dos Trabalhos Finais como projetos de intervenção | Oficinas de análise da capacidade das estruturas organizacionais para melhorar o desempenho dos serviços | |

4. Desenvolvimento e inovação na disseminação

Entende-se por disseminação as atividades que, de forma ativa, promoveram o intercâmbio de conhecimento entre a pesquisa e os gestores fora dos espaços acadêmicos. Por esse motivo, os produtos acadêmicos gerados, como artigos e livros, foram complementados por produtos e processos voltados a construir uma comunidade de intercâmbio de conhecimento com múltiplas direções e participação. Podem-se considerar inovações geradas o desenvolvimento de boletins com material voltado aos tomadores de decisões (físicos e virtuais), o desenvolvimento de jornadas com participação de pesquisadores e gestores e a implementação de novas ferramentas de intercâmbio com utilização intensiva de ferramentas virtuais na gestão de conteúdos. Nesse último caso, podem-se mencionar o “laboratório de inovações organizacionais” e a realização de “fóruns virtuais” ligados a temáticas relevantes dos sistemas de saúde da região (www.capacitasalud.com.ar).

Discussão e conclusões

A apresentação do caso de Rosario e as reformas dos sistemas de serviços de saúde durante as últimas décadas demonstraram que o espaço da “rede” dos serviços pode assumir um papel institucional importante, definindo valores, lógicas e mecanismos regulatórios próprios. Além da complexidade, da ambiguidade e das contradições do campo da APS na América Latina, o espaço meso e local tem influência na resolução das disputas existentes sobre a orientação das reformas dos serviços e suas capacidades de responder à problemática da acessibilidade.

A estrutura institucional das redes não deveria se

restringir aos mecanismos formais que operam como marcos regulatórios. É necessário entender as formas de intercâmbio do conhecimento como componentes essenciais de processos de mudança institucional, contribuindo nos processos de “dar sentido” às reformas dos sistemas de serviços de saúde¹⁰. A integração dos processos de pesquisa e de formação de recursos humanos aos processos decisórios da rede pode contribuir não apenas para a busca de soluções, como também para a produção e implementação de dispositivos com influência sobre as disputas de valores em conflito e para a legitimação dos processos de mudança. Esse processo assume características multidirecionais, já que tanto o processo de tomada de decisões da gestão dos serviços como as mesmas estratégias de formação e pesquisa se adaptam, modificando-se no mesmo processo de intercâmbio¹².

Dessa maneira, os processos de articulação do co-

nhhecimento no sistema de serviços de saúde têm de ser entendidos como um processo coletivo e enquadrado institucionalmente. Não obstante, a geração dessas condições exige esforços importantes de adaptação por parte do processo de produção e intermediação do conhecimento. Inovações nos atores envolvidos, novos conteúdos e metodologias e a geração de estratégias ativas de disseminação são componentes indispensáveis em tais processos. É necessário destacar que os níveis de flexibilidade exigidos e a magnitude dos esforços investidos por parte tanto dos produtores como dos usuários do conhecimento não deveriam ser subestimados⁸. A complexidade política dos sistemas de serviços de saúde e sua instabilidade deveriam ser consideradas fatores adicionais em futuros trabalhos relacionados a esta temática.

Referências

1. Almeida C, Bazzani R, Pittman, P, editores. Investigación sobre Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe /Research on Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean. Washington(DC): PAHO; 2000.
2. Almeida C, Báscolo E. Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literature. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(suppl): S7-S19.
3. Bazzani R, Levcovitz E, Urrutia S, Zarowsky C. Construyendo puentes entre investigación y políticas para la extensión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe: una estrategia de cooperación conjunta. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 30 out 011]; 22:109-112. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22s0/10.pdf>
4. Báscolo E. Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América Latina *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2011 [acesso em 30 out 2011]; 16(6):2763-2772. Disponível em: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63019110015>.
5. Báscolo E, Yavich N, Ponce N. Vínculos entre investigación y política: la perspectiva de los investigadores acerca de la relación entre dos “comunidades” a lo largo del proceso de investigación. In: Hernandez Bello A, Rico Sotelo R de, editoras. *Protección social en salud en América Latina y el Caribe* [monografía na internet]. Bogotá: Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo;2011. [acesso em 30 out 2101]. Disponível em:<http://www.idrc.ca/openebooks/509-0/>
6. Báscolo, E. Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. *Rev Salud Pública*. 2010;12(1): 8-27.
7. Bascolo E, Yavich N. Governance of PHC development in Rosario, Argentina. *Rev Salud Pública* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 30 out 2011];12(suppl 1):89-104. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000700007&lng=en&nrm=iso.
8. Báscolo E, Yavich N, Sánchez de León A. El proceso de interacción investigadores y tomadores de decisiones: un estudio de caso. *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 30 out 2011];22(suppl):S47-S56. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.

php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001300014&lng=en&nrm=iso&tlng=es

9. Central West Health Planning Information Network-CWH-PIN. A framework for evaluating the utilization of health information products [monografia na internet]. 2000. Local da publicação; ano [acesso em 30 out 2010]. Disponível em: <http://cwhweb.mcmaster.ca>. Acesso em: 30 de outubro de 2011
10. Contandriopoulos D, Dubois CA. The reciprocal dynamics of organizing and sensemaking in the implementation of Major Public Sector Reforms. *Canadian Public Administration*. 2009;52(2): 225-48.
11. Davies, HTO, Nutley SM, Walter, I. Assessing the impact of social science research: Conceptual, methodological and practical issues. In: Background paper of the Symposium on Assessing Nonacademic Impact of Research; 2005 May 12-13; Londres; Research Unit for Research Utilisation; 2005.
12. Kirkhart KE. Reconceptualizing evaluation use: an integrated theory of influence. In: Caracelli V; Preskill H, editores. *The Expanding Scope of Evaluation Use*. San Francisco: Jossey-Bass; *New Directions for Evaluation* 2000 (88): 5-23.
13. Landry R, Amara N. Utilization of social science research knowledge in Canada. *Research Policy*. 2001;30(2): 333.
14. Landry R, Amara N, Lamari M. Climbing the ladder of research utilization. *Science Communication*. 2001;22:396-422.
15. Ouchi W. Markets, Bureaucracies, and Clans. *ASQ* 1980; 25(1):129-41
16. Patton M.Q. A Vision of evaluation that strengthens democracy. *Evaluation*. 2002;8(1):125-139.
17. Pittman P, Almeida C. Cross-sector learning among researchers and policy-makers: the search for new strategies to enable use of research results. *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 30 out 2011]; 22(suppl):97-108. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X2006001300019&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.
18. Pyra K. Knowledge translation: a review of the literature [monografia na internet]. Halifax: Nova Scotia Health Research Foundation. 2003 [acesso em 30 out 2011]. Disponível em: <http://www.nshrf.ca/AbsPage.aspx?id=1059&siteid=1&lang=1>
19. Rodríguez C, Langley A, Béland F, Denis JL. Governance, power, and mandated : collaboration in an interorganizational network. *Administration & Society*. 2007;39 (2):150-193.
20. Scott W, Richard PM, Seth P. Environments and fields: studying the evolution of a field of medical care organizations. In: Powell WW, Jones DL. *Bending the bars of the iron cage: institutional dynamics and processes*. Chicago: University of Chicago; 2000.

Incorporação de Tecnologias em Saúde no Brasil: novo modelo para o Sistema Único de Saúde

Incorporation of Technologies in Health in Brazil: a New Model for the Brazilian Public Health System (Sistema Único de Saúde - SUS)

Helaine Carneiro Capucho^I, Flávia Cristina Ribeiro Salomon^{II}, Ávila Teixeira Vidal^{III}, Priscila Gebrim Louly^{IV}, Vania Cristina Canuto Santos^V, Clarice Alegre Petramale^{VI}

Resumo

O avanço tecnológico das últimas décadas proporcionou melhorias na qualidade da saúde da população e redução nas taxas de mortalidade de um número considerável de doenças. Entretanto, grande oferta destas novas tecnologias torna necessário que, além dos benefícios, seus riscos e custos sejam avaliados no processo de tomada de decisão para disponibilizá-las ao sistema de saúde, promovendo o uso racional de tecnologias. Com a necessidade de institucionalizar um modelo de processo de incorporação de tecnologias em saúde que fosse amparado legalmente, foi publicada a Lei 12.401/2011 que cria a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC, com o papel de assessorar o Ministério da Saúde quanto à incorporação, exclusão ou alteração de novas tecnologias no SUS. A nova legislação fixa um prazo para a tomada de decisão, bem como inclui a análise baseada em evidências, levando em consideração aspectos como eficácia, acurácia, efetividade e a segurança da tecnologia, além da avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já existentes. Espera-se, com isso, que o processo de incorporação de tecnologias no SUS seja mais ágil, transparente e eficiente, garantindo à população brasileira o seu direito constitucional de acesso universal e integral à saúde.

Palavras-chave: Incorporação de Tecnologias, CONITEC, Avaliação de Tecnologias em Saúde

Abstract

The technological advances of recent decades has provided improvements in the quality of population health and reducing mortality rates of a number of diseases. However, a large supply of these new technologies makes it necessary that, besides the benefits, risks and costs are evaluated in the decision making process to make them available to the health system, promoting the rational use of technologies. With the need to institutionalize a process model to incorporate technologies in health that were legally aided, was published 12.401/2011 Law establishing the National Committee for the Incorporation of Technology in SUS - CONITEC, the role of advising the Ministry of Health for incorporation, deletion or alteration of new technologies in the SUS. The new legislation sets a deadline for decision making, and includes evidence-based analysis, taking into account aspects such as efficiency, accuracy, effectiveness and safety technology, and economic evaluation of the comparative benefits and costs of the technologies existing. It is hoped, therefore, that the process of incorporating technology in the SUS is more responsive, transparent and efficient, giving the Brazilians their constitutional right to universal and comprehensive health care.

Keywords: Incorporation of Technologies, CONITEC, Technology Assessment in Health

^IHelaine Carneiro Capucho (helaine.capucho@saude.gov.br) é farmacêutica, mestre, assessora técnica da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, SCTIE/Ministério da Saúde (CONITEC/SCTIE/MS)

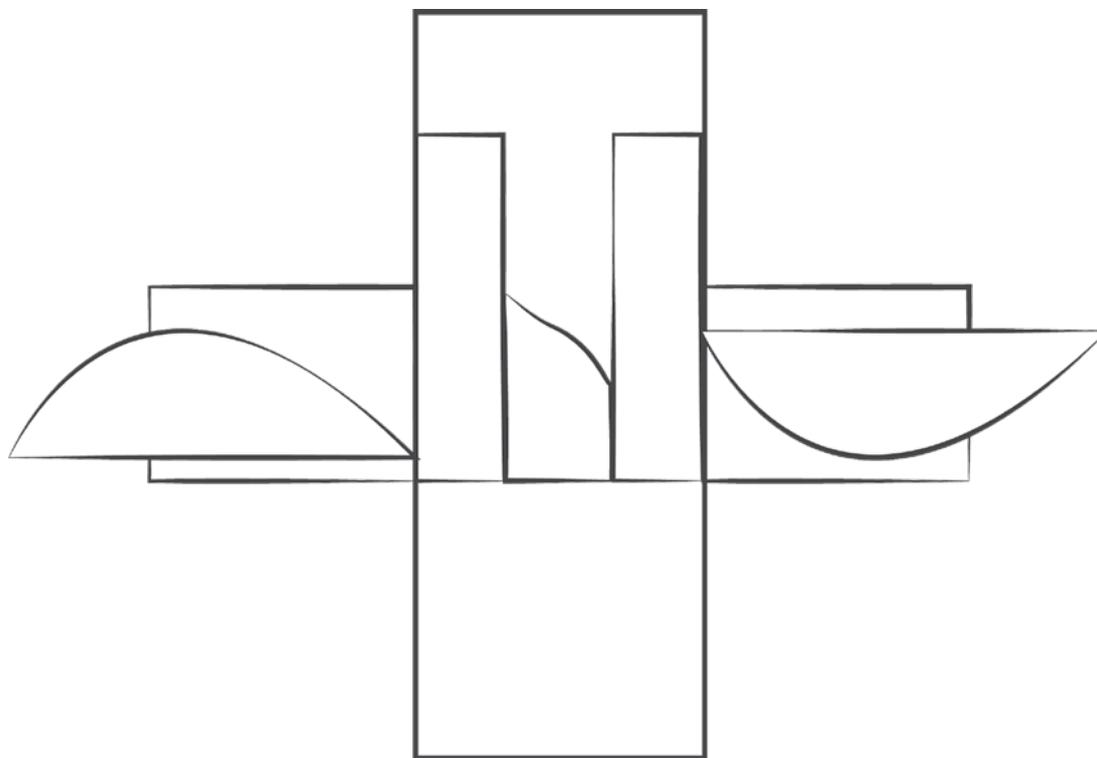
^{II}Flávia Cristina Ribeiro Salomon (flavia.salomon@saude.gov.br) é farmacêutica, mestranda, assessora técnica da CONITEC/SCTIE/MS

^{III}Ávila Teixeira Vidal (avila.vidal@saude.gov.br) é nutricionista sanitária, mestre, assessora técnica da CONITEC/SCTIE/MS

^{IV}Priscila Gebrim Louly (priscila.louly@saude.gov.br) é farmacêutica, mestre, assessora técnica da CONITEC/SCTIE/MS

^VVania Cristina Canuto Santos (vania.canuto@saude.gov.br) é economista, mestre, diretora-substituta da CONITEC/SCTIE/MS

^{VI}Clarice Alegre Petramale (clarice.petramale@saude.gov.br) é médica, especialista, diretora da CONITEC/SCTIE/MS



A Constituição Brasileira de 1988² determina que a saúde é direito fundamental de todos e dever do Estado. Esta determinação foi regulamentada pela Lei n.º 8080/1990⁷, que estabelece que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem por objetivo garantir à população brasileira o direito ao acesso universal e integral à saúde.

Ainda hoje o conceito de integralidade é muito discutido e, por vezes, há uma visão equivocada de que o acesso integral à saúde trata-se exclusivamente de acesso às tecnologias em saúde. Tais tecnologias devem ser apenas o meio pelo qual a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. Entende-se como tecnologia em saúde: medicamentos, materiais, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e suporte, bem como programas e protocolos assistenciais⁵. Por outro lado, sem estas tecnologias, torna-se limitada a atenção e o cuidado em saúde.

No Brasil, a entrada maciça de novas tecnologias em saúde se deu principalmente a partir da década de 1990 e foi amplamente estimulada pela redemocratização do País, pelo crescimento dos nossos índices de desenvolvimento econômico e social, bem como pela existência de um sistema de saúde público e universal que assiste mais de 190 milhões de habi-

tantes, o que oferece escala importante para o mercado. Alia-se a isso um ambiente regulatório estável, com regramento definido que permite o desenvolvimento do mercado⁹.

Sem dúvida alguma, os avanços das pesquisas e desenvolvimento de novas tecnologias em saúde são benéficos para a população. O aumento do número de tecnologias produzidas e incorporadas nas últimas décadas tem sido associado, por exemplo, à redução da mortalidade em áreas como a perinatal e a cardiovascular^{10, 11}. Entretanto, toda tecnologia tem, além dos benefícios, riscos e custos. Logo, para disponibilização de uma tecnologia em um sistema de saúde ou mesmo em um serviço, minimamente esses três aspectos devem ser analisados. O processo de escolha para fins de incorporação surge como área do conhecimento interdisciplinar, contemplando o funcionamento e impacto dos produtos e serviços, programas ou políticas de saúde na promoção, manutenção e produção dos serviços de saúde.

A decisão a respeito da incorporação de uma tecnologia pelo sistema de saúde, seja público ou privado, além de considerar aspectos éticos, deve ser baseada em revisão sistematizada, crítica e criteriosa da literatura disponível. Analisando-se aspectos como eficácia, acurácia e segurança da tecnologia,

análise econômica e seu potencial impacto no sistema de saúde, ou seja, sua contribuição para promoção, manutenção ou reabilitação da saúde^{1, 14}.

A institucionalização da atividade de avaliação de tecnologias em saúde ocorreu nos países desenvolvidos a partir dos anos 70, associada à expansão da atenção à saúde e ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde que levou à introdução de muitas novas tecnologias. Atualmente, ocorre principalmente por meio de comissões ou serviços de assessoria em instâncias diversas do setor público (executivo, legislativo) e nas universidades, mas também por associações profissionais e empresas privadas. A incorporação de tecnologias tem importantes implicações políticas, econômicas, administrativas e sanitárias¹², especialmente em sistemas de saúde como o brasileiro.

A incorporação de tecnologias no SUS

Os primeiros passos para a institucionalização do processo de incorporação de tecnologias no âmbito da gestão federal da saúde ocorreu em 2006, com a criação da Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC). A CITEC inicialmente estava vinculada a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), mas dois anos depois passou a constituir a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), com a publicação da Portaria MS/GM 2.587/2008⁶.

A CITEC era composta por representantes do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A submissão de propostas de incorporação de tecnologias só poderia ocorrer em dois bimestres por ano. As propostas recebidas eram analisadas de acordo as prioridades do MS, sem prazo definido, mas pautadas nos princípios da avaliação de tecnologias em saúde. A experiência com a CITEC contribuiu para o avanço das discussões acerca da necessidade de institucionalizar um modelo de processo de incorporação de tecnologias em saúde que fosse amparado legalmente.

Paralelamente, a crescente judicialização da saúde acelerou a busca por soluções legais que pudessem garantir à população brasileira o seu direito constitucional de acesso universal, amplo e irrestrito à saúde. A discussão sobre a garantia do acesso as tecnologias inclui também o seu uso racional, garantindo cuidado mais eficaz e seguro para a população.

A pressão por incorporação de novas tecnologias no SUS se manifesta por meios diretos e indiretos, envolvendo a ação de produtores, pacientes, prescritores, sociedades médicas, associações de portadores de doenças e do próprio sistema judiciário, que vem acionando a União, estados e municípios a prover tecnologias de saúde das mais diversas, com base no direito integral à saúde⁹. Alguns estudiosos afirmam que leis devem ser criadas com a segurança de que a sociedade tenha condições de custeá-las e que a atendam de forma digna, se não na totalidade, à maior parte que necessite dos serviços públicos de saúde¹³. Ademais, é importante considerar no acesso integral às tecnologias critérios de priorização, de oportunidade, de adequação ou racionalidade, a fim de beneficiar a sociedade.

A judicialização da saúde tem desafiado o princípio da equidade, ameaçando a sustentabilidade dos sistemas, deslocando prioridades e gerando riscos à saúde. Porém, tem o mérito de mobilizar as atenções para o setor Saúde, sinalizando o que a sociedade espera do SUS⁹.

Considerando o contexto atual da saúde no Brasil, o Supremo Tribunal Federal realizou, em 2009, uma Audiência Pública sobre saúde, que culminou com a aprovação da Lei 12.401, de 28 de abril de 2011⁸, que altera a Lei n° 8080/90, a Lei Orgânica da Saúde, no que tange à assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Essa publicação foi um marco para o Brasil, pois estabelece critérios e prazos para a incorporação de tecnologias no sistema público de saúde, além de vedar a incorporação de tecnologias no SUS que não possuam o registro prévio na Anvisa.

Visando maior agilidade, transparência e eficiência na análise dos processos de incorporação de tecnologias, a nova legislação fixa o prazo de 180 dias (prorrogáveis por mais 90 dias) para a tomada de decisão, bem como inclui a análise baseada em evidências, levando em consideração aspectos como eficácia, acurácia, efetividade e a segurança da tecnologia, além da avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já existentes.

Para isso, a lei criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC, regulamentada pelo Decreto n° 7.646 de 21 de dezembro de 2011³. A CONITEC é coordenada pela SCTIE e tem o papel de assessorar o Ministério da Saúde quanto

à incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de protocolo clínico e diretriz terapêutica. A nova Comissão vem substituir e ampliar as atividades desenvolvidas pela CITEC e suas recomendações serão direcionadas a todo o SUS.

A participação social no processo de tomada de decisão também foi reforçada com a nova legislação, pois prevê a representação do Conselho Nacional de Saúde na Comissão e a realização de consultas e audiências públicas. A legislação estabelece também que o CONASS, CONASEMS e Conselho Federal de Medicina terão participação e voto no plenário da CONITEC, que é o fórum responsável pela emissão de pareceres conclusivos para assessorar o Ministério da Saúde.

Cabe à Secretaria-Executiva – exercida por uma das unidades da SCTIE – a gestão e a coordenação das atividades da CONITEC, bem como a emissão de relatório sobre a tecnologia, considerando as evidências científicas, a avaliação econômica e o impacto da incorporação da tecnologia no SUS. Para garantir o acesso da sociedade a estas decisões, esses relatórios estarão disponíveis para livre acesso dos interessados, na página eletrônica do Ministério da Saúde.

A disponibilização dos relatórios conclusivos sobre as decisões da CONITEC à sociedade, além de dar ainda mais transparência ao processo, pode nortear a tomada de decisão por parte dos demais gestores do SUS e de instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas. Além destes, o judiciário pode se valer desses relatórios para embasar suas decisões nos processos que avaliarem.

Por fim, para garantir a disponibilização das tecnologias incorporadas, estas deverão ser disponibilizadas à população brasileira num prazo de 180 dias.

O fluxo básico para o processo de incorporação de tecnologias no SUS está exposto na Figura 1.

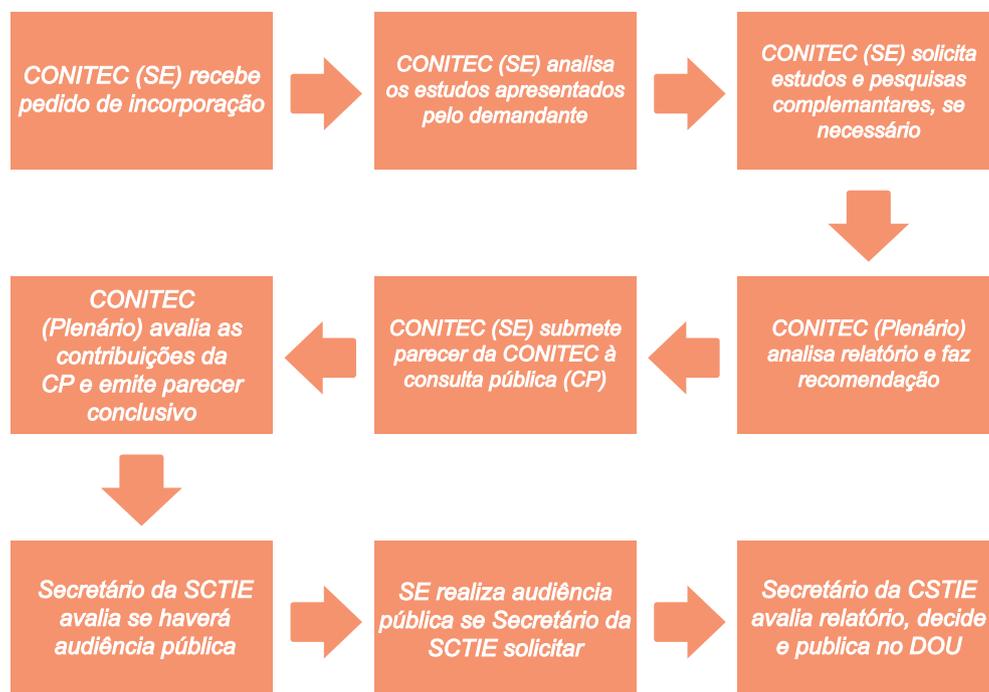
O que muda com a nova legislação?

As principais mudanças que ocorreram com a nova legislação brasileira sobre a incorporação de tecnologias no SUS estão abordadas no quadro 1.

Considerações finais

O Brasil talvez seja um dos únicos países do mundo a trazer em sua constituição a saúde como um dever do Estado. Agora, com a publicação da lei 12.401, comple-

Figura 1 – Fluxo simplificado de incorporação de tecnologias no SUS



Legenda: SE, Secretaria Executiva; SCTIE, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; DOU, Diário Oficial da União; CP, Consulta Pública

Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/FluxosimplicadoCONITEC.pdf>> Acessado em 17 Fev 2012

Quadro 1 – Comparação entre a CITEC e CONITEC: aspectos básicos

| Características | CITEC | CONITEC |
|---|--|--|
| Nome | Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde | Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS |
| Instrumento legal | Portaria MS nº 2.587, de 30 de outubro de 2008 | Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011 Decreto 7.646, de 21 de dezembro de 2011 Portaria MS nº 204, de 07 de fevereiro de 2012 |
| Órgão responsável | Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde – SCTIE/MS | Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde – SCTIE/MS |
| Composição da comissão | Colegiado, Grupo Técnico Assessor e Grupos de Trabalho Permanentes | Plenário e Secretaria Executiva. Obs.: Subcomissões técnicas podem ser criadas no âmbito da CONITEC |
| Composição do colegiado/ plenário | 5 titulares e 5 suplentes representando as seguintes entidades/órgãos: Ministério da Saúde (3); ANVISA (1); ANS (1) | 13 titulares, com 1º e 2º suplentes, representando as seguintes entidades/órgãos: Ministério da Saúde (7)*; ANS (1); ANVISA (1); CNS (1); CONASS (1); CONASEMS (1); CFM (1) |
| Atribuições | Responsável por receber as propostas de incorporação ou exclusão de tecnologias no MS, revisão de diretrizes clínicas, protocolos terapêuticos e assistenciais | Responsável por assessorar o MS na incorporação, alteração ou exclusão pelo SUS de novas tecnologias em saúde e na constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas |
| Período para submissão de pedidos | Dois períodos no ano: de 1º de fevereiro a 31 de março e de 1º de agosto a 30 de setembro | Qualquer época do ano (fluxo contínuo) |
| Confidencialidade e conflitos de interesse | Os membros da CITEC firmavam termo de confidencialidade e declaração de conflito de interesse relativamente aos assuntos deliberados no âmbito da CITEC | Não muda |
| Requisitos para protocolar o pedido | O requerente apresentava o formulário preenchido, documentos técnicos e econômicos. Não havia exigências quanto ao preenchimento completo do formulário e obrigatoriedade dos tipos de documentos técnicos e econômicos que deveriam ser entregues | O requerente deverá apresentar: a) formulário integralmente preenchido, de acordo com modelo estabelecido pela CONITEC; b) os documentos exigidos para o processamento do pedido; e c) as amostras de produtos, se cabível, nos termos do regimento interno da Comissão |

| | | |
|--|--|---|
| <p>Informações/ documentos exigidos</p> | <p>Documentação sugerida</p> <p>a) Número do registro na ANVISA, no caso de medicamentos e produtos para a saúde</p> <p>b) Preço aprovado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), no caso de medicamentos</p> <p>c) Relatório técnico com as evidências científicas relativas à eficácia, acurácia, efetividade e segurança, comparativas em relação a tecnologias já incorporadas</p> <p>d) Estudos de avaliação econômica, quando houver alegação pelo demandante de Benefícios Terapêuticos e Custos Adicionais em relação às tecnologias já incorporadas</p> <p>e) Estimativas de impacto econômico estimado para tecnologia proposta e correspondente comparação com a tecnologia incorporada</p> | <p>Documentação obrigatória</p> <p>a) Número e validade do registro na ANVISA</p> <p>b) No caso de inclusão de novas tecnologias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evidência científica que demonstre que a tecnologia pautada seja, no mínimo, tão eficaz e segura quanto aquelas disponíveis no SUS para determinada indicação • Estudo de avaliação econômica comparando com as tecnologias atuais disponibilizadas no SUS • No caso de medicamentos, o preço fixado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) |
| <p>Indeferimento do pedido</p> | <p>Não havia indeferimento do processo por documentação incompleta sem análise do mérito</p> | <p>Se constatado que não houve o preenchimento formal dos requisitos previstos, o processo poderá ser indeferido sem avaliação do mérito e sem prejuízo da possibilidade de apresentação pelo interessado de novo requerimento junto ao MS com a documentação completa</p> |
| <p>Realização de consulta pública</p> | <p>Não havia a obrigatoriedade de realização de consulta pública sobre as matérias avaliadas</p> | <p>Todos os temas em avaliação na CONITEC serão objeto de consulta pública para recebimento de contribuições e sugestões</p> |
| <p>Realização de audiência pública</p> | <p>Não havia a realização de audiência pública sobre as matérias avaliadas</p> | <p>Caso entenda necessária, o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde poderá solicitar a realização de audiência pública sobre os temas em avaliação, se a relevância da matéria justificar o evento</p> |
| <p>Decisão final</p> | <p>Ministro de Estado da Saúde</p> | <p>Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde</p> |

| | | |
|---|--|--|
| Prazo máximo de análise e recomendação | Não havia prazo | Prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitindo a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem |
| Prazo para efetivar a oferta no SUS | Não havia prazo para efetivar a oferta ao SUS | A partir da publicação da decisão de incorporação, as áreas técnicas terão prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para efetivar a oferta ao SUS |
| Recurso ou reconsideração da decisão | Havia o instrumento de reconsideração da decisão do colegiado num prazo de 30 (trinta) dias do recebimento do ofício da decisão negativa ao mérito | Aplica-se a lei do processo administrativo (Lei 9.784, de 29 de janeiro de 1.999) cabendo recurso em face de razões de legalidade e de mérito, com prazo para interposição do recurso de 10 (dez) dias, contado a partir da ciência ou divulgação oficial da decisão recorrida |
| Segunda instância superior | Não havia segunda instância superior para julgar os pedidos de reconsideração | O recurso será dirigido ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, o qual, se não reconsiderar a decisão no prazo de 5 (cinco) dias, o encaminhará de ofício ao Ministro de Estado da Saúde |

* Todas as Secretarias do Ministério da Saúde terão representação garantida no Plenário da CONITEC

Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/O_que_muda_da_CITEC_para_CONITEC2.pdf> Acessado em 17 Fev 2012

menta-se o texto constitucional estabelecendo a forma de análise das novas tecnologias em saúde, no sentido de garantir que só serão incorporadas as tecnologias e os tratamentos que comprovaram ser efetivos e seguros. O processo de análise, deliberação e oferta será compartilhado com todas as instâncias que constituem o SUS e será amplamente divulgado para sociedade.

A regulação com base em evidências é fundamental para sistemas públicos de saúde como é o caso do SUS. É responsabilidade do Estado oferecer tratamentos seguros e efetivos à população, selecionando as tecnologias de saúde que se mostrem mais adequadas ao seu grau de desenvolvimento, disponibilidade de infraestrutura existente nas regiões sanitárias, conformação e qualificação de recursos humanos, preferências e cultura.

Com a criação da CONITEC, tem início um amplo processo de comunicação com universidades, gestores do SUS, agentes do direito, profissionais de saúde e socie-

dade de modo produzir e divulgar informação de qualidade acessível e atualizada, reduzindo a assimetria de informação e favorecendo a participação da sociedade brasileira na importante decisão de escolher o melhor modelo de alocação e uso de tecnologias para o sistema de saúde que é de todos.

de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Diário Oficial União seção I: 3-5

Referências

1. Araújo DV, Ferraz MB. Impacto econômico do tratamento da cardiopatia isquêmica crônica no Brasil: o desafio da incorporação de novas tecnologias cardiovasculares. *Arq Brasill Cardiol.* 2005; 85(1):1-2.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988. p.133-137
3. Brasil. Decreto n.º 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Diário Oficial União seção I: 3-5
4. Brasil. Portaria n.º 204, de 07 de fevereiro de 2012. Dispõe sobre a Comissão de Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Ministério da Saúde, 2012. Diário Oficial União Seção II:30
5. Brasil. Portaria n.º 2.510, de 19 de dezembro de 2005. Institui a Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT. Diário Oficial União n.º 243 Seção 1: 77
6. Brasil. Portaria n.º 2.587, de 30 de outubro de 2008. Dispõe sobre a Comissão de Incorporação de Tecnologias no Ministério da Saúde e vincula sua gestão à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diário Oficial União nº212 Seção 1:94
7. Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial União Seção 1:18055
8. Brasil. Lei n.º. 12401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. . Diário Oficial União nº81 seção 1:1
9. Brasil. Ministério da Saúde. Nova Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias de Saúde e impacto ao Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 17 fev 2012];45(5):993-996. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_xt&pid=S0034-8102011000500024&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000500024>.
10. Cutler DM; McClellan M. Is technological change in medicine worth it? *Health Affairs.* 2011;20(5):11-29.
11. Lichtenberg F. Are the benefits of newer drugs worth their costs? Evidence from the 1996 MEPS. *Health Affairs.* 2001;20(5):241-251.
12. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública,* 2000;34(5): 547-59.
13. Ribeiro RJB, Castro RG. O direito à saúde e o orçamento público: a busca de um equilíbrio estável. In: Blicheriene AC; Santos JS, organizadores. *Direito à vida e à saúde: impactos orçamentário e judicial.* São Paulo: Atlas; 2010. cap. 21, p. 289 – 296.
14. Schramm FR, Escosteguy CC. Bioética e avaliação tecnológica em saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2000;16(4):951-961.

A incorporação dos conhecimentos em saúde coletiva nas políticas e práticas municipais do SUS – a perspectiva do CONASS

The Incorporation of Knowledge in Public Health in the Local Policies and Practices of the Brazilian Public Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) – a Perspective from the National Council of State Health Secretaries (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS)

Fernando P. Cupertino de Barros¹

Resumo

O presente artigo discorre sobre o processo de apropriação e incorporação dos conhecimentos de saúde coletiva nas políticas e práticas municipais do SUS, estabelecendo suas relações com a estratégia de fortalecimento da atenção primária em saúde (APS) e com o novo modelo de atenção à saúde fundamentado pelas inovações trazidas pela Constituição Federal de 1988 e pelas ideias e discussões gestadas ao longo das décadas de 1970 e 1980. Além disso, situa a estratégia da Saúde da Família como elemento resultante da adesão e da aplicação desses conhecimentos em nível municipal e aponta os resultados e os desafios de sua implementação, especialmente numa situação de saúde e de transição epidemiológica que não encontram respostas pelo modelo de atenção vigente.

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Municipalização, Modelo Assistencial

Abstract

This article approaches the process of appropriation and incorporation of the collective health knowledge in local policies and practices of the Brazilian Public Health System (Sistema Único de Saúde – SUS), linking its relations to the strategy of strengthening the primary health care (APS) and with a new health care model based on innovations brought by the Federal Constitution of 1988 and the ideas and discussions born during the 1970 e 1980 decades. Moreover, it situates the strategy of the Family Health Program as an element that results from the adherence and application of this knowledge in the local level and points out the challenges to its implementation, especially in a situation of health and of epidemiologic transition that do not find answers based on the current assistance model.

Keywords: Collective Health, Municipalization, Assistance Model

¹Fernando P. Cupertino de Barros (fernando.cupertino@conass.org.br e fernandocupertino@gmail.com) é médico com especialização em Ginecologia e Obstetrícia; mestre em Saúde Coletiva (ISC-UFBA); Secretário Municipal de Saúde de Goiás-GO (1986-1988 e 1996-1997); Secretário de Saúde do Estado de Goiás (1999-2006); presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS (2000-2003), onde atualmente exerce as funções de assessor técnico; professor da cadeira de Medicina Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás



O cenário

A Constituição Federal de 1988 consagrou mudanças na saúde que já vinham sendo gestadas há mais de uma década. O modelo médico-assistencial privatista predominante no Brasil na segunda metade do século XX mostrava sinais inequívocos de esgotamento, distorções graves e discriminação social, privilegiando uma ação médica curativa e individual em detrimento das ações coletivas. Já em 1963, a 3.^a Conferência Nacional de Saúde abordava a estratégia de municipalização da saúde, de modo a fazer face às más condições de saúde, especialmente da população mais pobre³.

Além disso, as mudanças políticas e econômicas nos anos 1970 e 1980, associadas ao processo de redemocratização do país, contavam com a discussão de outros rumos para as políticas públicas, onde novos atores sociais propunham um novo modelo de atenção à saúde. Surgem, assim, várias iniciativas e sucedem-se eventos. Na década de 1970, assistimos ao surgimento de projetos pioneiros de medicina comunitária e de municipalização da saúde; nascem, ainda, na mesma década, o Movimento da Reforma Sanitária, o CEBES-Centro Brasileiro de Estudos de Estudos de Saúde e a ABRASCO-Associação Brasilei-

ra de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Do cenário mundial, o Brasil recebe as influências da Conferência de Alma Ata (1978) e da Carta de Ottawa, apresentanda por ocasião da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986).

Gradualmente, surgem também mudanças no panorama sociopolítico, tais como a criação do FUNRURAL, em 1971; a instituição do PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, em 1979; a crise na Previdência Social nos anos 1980; a criação das AIS - Ações Integradas de Saúde, em 1983, uma espécie de cogestão entre o INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e as secretarias estaduais de saúde para atendimento à saúde na zona urbana; a criação do CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde, em 1982; a 8.^a Conferência Nacional de Saúde, em 1986, seguramente o marco decisivo para a cristalização das mudanças que seriam consagradas no texto constitucional de 1988. Como consequência das teses sustentadas naquela conferência, surge o SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, em 1987, que instituía a universalização do atendimento até então restrito aos previdenciários, a descentralização para os estados e a democratização

das instâncias gestoras, ao mesmo tempo em que acontecia o processo constituinte.

A promulgação da Constituição Federal, em 1988, consagra a saúde como um direito universal do cidadão, atribuindo ao Estado o dever de assegurá-la². A Lei 8080/1990 e a Lei 8142/1990, consideradas as “Leis Orgânicas da Saúde” promovem o detalhamento e assentam as bases do Sistema Único de Saúde, cujo aperfeiçoamento continua a ensejar o aparecimento de outros atos normativos posteriores.

Na vivência cotidiana do município, na década de 1980, no bojo de todas essas transformações, assistimos ao surgimento de organismos da administração municipal voltados para a área da saúde. Até então, a grande maioria dos municípios não possuía estruturas administrativas que se ocupassem da saúde, uma vez que sobre ela não tinham responsabilidade direta. Mesmo os centros e postos de saúde eram de responsabilidade estadual. Assim, surgem rapidamente departamentos, superintendências e secretarias municipais de saúde. Esta última conformação orgânica acaba por tornar-se a regra em todos os municípios brasileiros nos anos que se seguem. Se, por um lado, tais transformações traziam entusiasmo, por ser o resultado de um processo de luta em favor de um novo modelo de atenção à saúde, com descentralização e distribuição do poder de decisão, alguns problemas começavam a se apresentar.

Os novos desafios

Dentre os diferentes e múltiplos problemas com que as jovens estruturas municipais de gestão da saúde passaram a se defrontar, talvez um dos mais graves tenha sido o da falta de recursos humanos qualificados para responder adequadamente aos novos desafios que agora estavam entregues à responsabilidade do município e de suas comunidades. A dificuldade era de duplo sentido, pois, se de um lado, os municípios não possuíam servidores da área da saúde, por outro, a cessão de quadros das secretarias estaduais ou até mesmo de servidores federais, vinculados ao antigo INAMPS, traziam consigo a mesma mentalidade médico-assistencial individualista e focada na doença. Contribuía para isso, a cultura do povo, acostumado desde sempre à assistência médica voltada ao processo de diagnóstico e tratamento da doença, sobretudo tendo como sustentáculo maior a figura do hospital.

Abundavam assim, em proporções inacreditáveis, as internações hospitalares que representavam muito mais um fator de lucro para as instituições privadas já vinculadas anteriormente ao INAMPS e que insistiam em perpetuar sua prática tradicional.

O foco bem definido da nova orientação da política de saúde no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) foi sem dúvida o grande marco referencial para a mudança do modelo. Para tanto, era preciso incutir nos profissionais e nas pessoas (líderes comunitários, conselheiros de saúde, representantes de categorias profissionais) as noções de saúde coletiva, sem negligenciar, contudo, os aspectos assistenciais, que passavam a integrar uma cadeia lógica relacionada ao cumprimento do preceito da integralidade. A atuação de algumas secretarias estaduais de saúde foi fundamental para apoiar e amplificar esse processo, montando cursos de capacitação de conselheiros municipais de saúde; cursos de capacitação para gestores e cursos de capacitação e aperfeiçoamento para profissionais de saúde que tivessem atuação nas unidades de APS. Houve, também, é bem verdade, em algumas regiões do país, uma migração de servidores das secretarias estaduais para os municípios, fortalecendo os quadros municipais da saúde em estruturação, mas impondo um severo prejuízo no nível estadual, que levaria anos para recuperar-se desse desfalque.

A preocupação com o incremento da APS materializou-se no movimento de municipalização da saúde no Brasil na década de 1990, transferindo aos serviços locais, sob coordenação de uma Secretaria Municipal de Saúde, a responsabilidade pelas atividades típicas da APS, especialmente aquelas relacionadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças. Nascia, assim, uma nova forma de organização dos serviços de saúde onde, pela primeira vez, os cuidados básicos de saúde passavam a ser objeto de atenção e de investimentos, na perspectiva de virem a ser o eixo estruturante da prestação de serviços à saúde e a “porta de entrada” do sistema. O desejo era, evidentemente, o de ampliar o acesso à saúde à totalidade da população brasileira, garantindo-a como um direito inerente à cidadania, com integralidade e equidade.

A implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS (1990) e depois do Programa de Saúde da Família - PSF (1994) deram grande impulso ao desenvolvimento da APS no Brasil, o que é atesta-

do pela mudança importante de certos indicadores de saúde⁹. O Programa de Saúde da Família, como sabemos, baseia-se em um modelo simples: equipes multidisciplinares compostas por um médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde que possuem uma unidade de saúde como base de trabalho e que se distribuem em áreas geográficas determinadas, cada qual tendo sob sua responsabilidade uma população não superior a 5.000 residentes.

A perenização dessa metodologia de trabalho em equipe, com a destacada participação do agente comunitário de saúde, pessoa da própria comunidade, por ela mesma escolhida, é sem dúvida um dos fatores de sucesso experimentado pelo sistema de saúde brasileiro, sobretudo em comunidades menos favorecidas, em locais distantes e em pequenos municípios e traduz-se como a experiência mais emblemática em termos de desempenho no âmbito da saúde do Brasil. Em recente manifestação pública, a Organização Panamericana de Saúde assim se expressou:

[...] Ao longo de duas décadas, a estratégia de Saúde da Família expandiu-se por todo o país, oferecendo atenção primária integral a 95% dos 5564 municípios brasileiros, cobrindo 55% da população - quase 100 milhões de pessoas, aí incluídos os pobres que vivem em áreas rurais isoladas e favelas urbanas. O Programa de Saúde da Família é um exemplo concreto e com resultados de uma política de saúde exitosa.

[...] Esta e outras evidências atestam seus inquestionáveis sucessos, que levaram o prestigioso periódico científico *British Medical Journal* (BMJ) a definir o Programa de Saúde da Família como “um sucesso custo-efetivo com o qual países de renda superior poderiam aprender” (*The Economist. Health Care in Brazil*. 27 de agosto de 2011).¹⁰

Embora considerada exitosa, a estratégia de saúde da família enfrenta desafios que vão desde o recrutamento e retenção de médicos com formação adequada ao provimento de serviços de APS, à heterogeneidade da qualidade local da atenção, bem como a deficiente articulação dos serviços de APS com os níveis secundário e terciário e a maior dificuldade de expansão do PSF em grandes centros urbanos⁶. Junta-se a tais preocupações a recente flexibilização da carga horária dos médicos de família, que passam a ter a possibilidade de prestar 40 horas, 30 horas ou 20 horas de trabalho semanal, em lugar das 40 ho-

ras anteriormente obrigatórias. Isso trabalha contra a própria razão de ser da estratégia que procura, dentre outras coisas, criar um vínculo de confiança por parte da população com relação ao médico e um vínculo de responsabilidade deste profissional com relação às famílias a ele adscritas. As razões que levaram o Ministério da Saúde a sancionar tal medida podem estar ligadas a dificuldades de financiamento, já que a remuneração para uma carga horária de 40 horas semanais certamente estaria a exigir um dispêndio maior que os poucos recursos disponíveis, sobretudo no âmbito municipal já extremamente sobrecarregado com os crescentes gastos em saúde.

Outra preocupação refere-se à insuficiente formação do jovem médico que muitas vezes é levado a trabalhar na Saúde da Família desde o momento em que deixa a universidade, sem ter adquirido as condições necessárias para o bom desempenho de suas funções. Ao contrário do que possa parecer, a Atenção Primária à Saúde é altamente exigente em termos de conhecimentos cognitivos e da capacidade de percepção dos condicionantes e determinantes sociais da saúde, requerendo, ainda, a aplicação vigorosa dos preceitos bioéticos na perspectiva das relações humanas. A despeito da crescente oferta de iniciativas governamentais de qualificação desses jovens profissionais, a experiência, a vivência clínica, a coexistência e o equilíbrio entre as dimensões do conhecimento científico e do comportamento ético e humano não podem ser forjados em pouco espaço de tempo. Além disso, a falta de condições de trabalho, o isolamento e a falta de articulação com serviços e com profissionais especializados dificultam a atuação dos generalistas, especialmente se fragilizados em sua autoconfiança, fazendo com que haja um número de encaminhamentos muito além do necessário a serviços de média ou de alta complexidade.

A meu ver, o primeiro contato do nível municipal com os princípios, preocupações e posições defendidas pela saúde coletiva dá-se sobretudo a partir da definição política de fortalecimento da APS na década de 1990, como consequência e desdobramento das discussões promovidas pelo Movimento da Reforma Sanitária e sua disseminação no meio acadêmico e entre jovens profissionais de saúde interessados num modelo de saúde que permitisse a ampliação de acesso e a melhoria da qualidade de saúde da

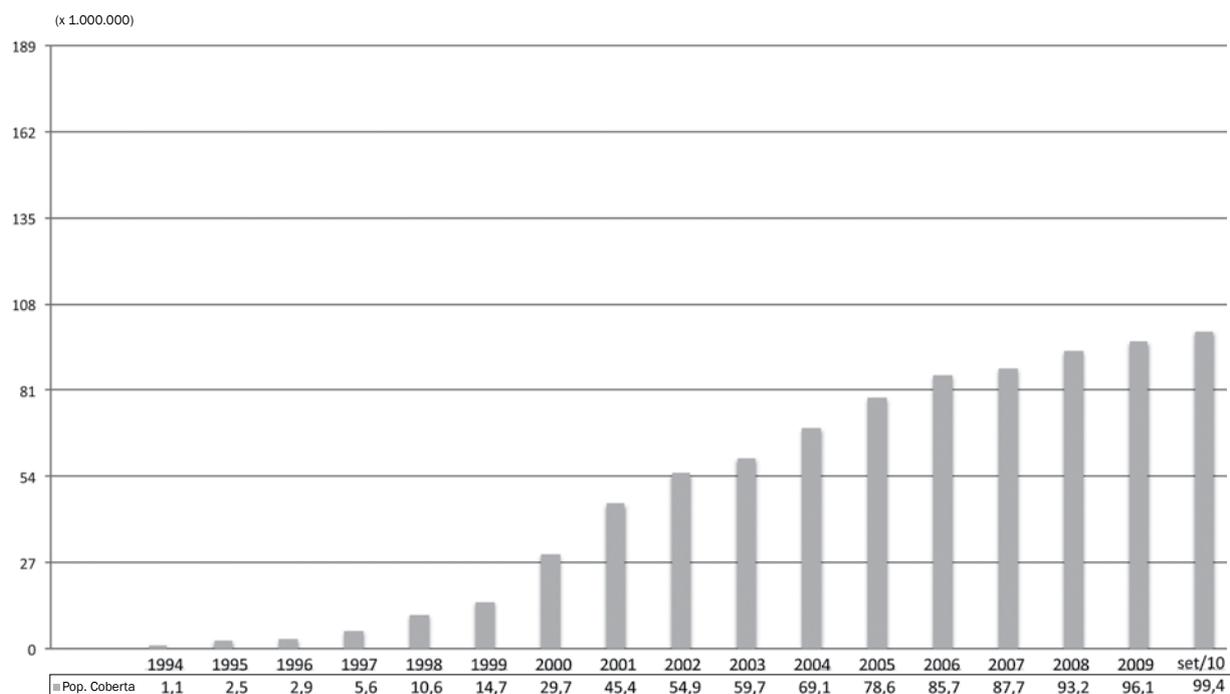
população brasileira. A partir de então, a presença da saúde coletiva é permanente no planejamento, da organização dos sistemas locais e dos serviços de saúde, procurando alicerçá-los em evidências científicas sólidas. Para isto têm concorrido, também, as secretarias estaduais de saúde, com um apoio decisivo na capacitação de gestores, técnicos e profissionais do nível municipal, especialmente pela atuação das escolas de saúde de pública, que em sua grande maioria encontram-se abrigadas na estrutura organizacional das secretarias de saúde dos estados. Além disso, tem aumentado sensivelmente o número de servidores municipais e estaduais pós-graduados em saúde coletiva, para o que contribui decisivamente o apoio do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais no financiamento e no oferecimento das condições necessárias à realização de cursos de especialização, de mestrados profissionais e de outras formas de aquisição de conhecimento no campo da saúde coletiva. A firme atuação do CONASS e do CONASEMS, cômicos de seu papel e de suas responsabilidades de co-gestores do SUS, também tem sido de grande importância, uma vez que estimulam permanentemente a aplicação do conhecimento gerado pela saúde coletiva no trabalho cotidiano das secretarias estaduais e municipais de saúde. Para isso utilizam diferentes

recursos, como a realização de câmaras técnicas setoriais, seminários, cursos, jornadas e congressos, além da ação concentrada e permanente com as diferentes áreas do Ministério da Saúde e com organismos nacionais e internacionais, como por exemplo a Fiocruz e a Organização Panamericana de Saúde.

Um testemunho eloquente dos reflexos dessa incorporação da saúde coletiva no nível municipal é dado pela adesão dos municípios à política de fortalecimento da APS, através da implantação da estratégia de Saúde da Família. Em 2009, cerca de 95,6 milhões de pessoas (cerca de 53% da população) foram atendidas pelo programa saúde da família (Gráfico 1). Desse total, 73,9 milhões viviam em áreas urbanas e 21,7 milhões viviam em áreas rurais, o que representa uma cobertura de 47% para áreas urbanas e 73% para as zonas rurais. A cobertura é maior na região mais pobre do nordeste brasileiro, onde chega a 72%; e é menor na região Sudeste, mais rica, com apenas 36% de cobertura, sugerindo que o programa tem funcionado melhor onde as necessidades são maiores⁴.

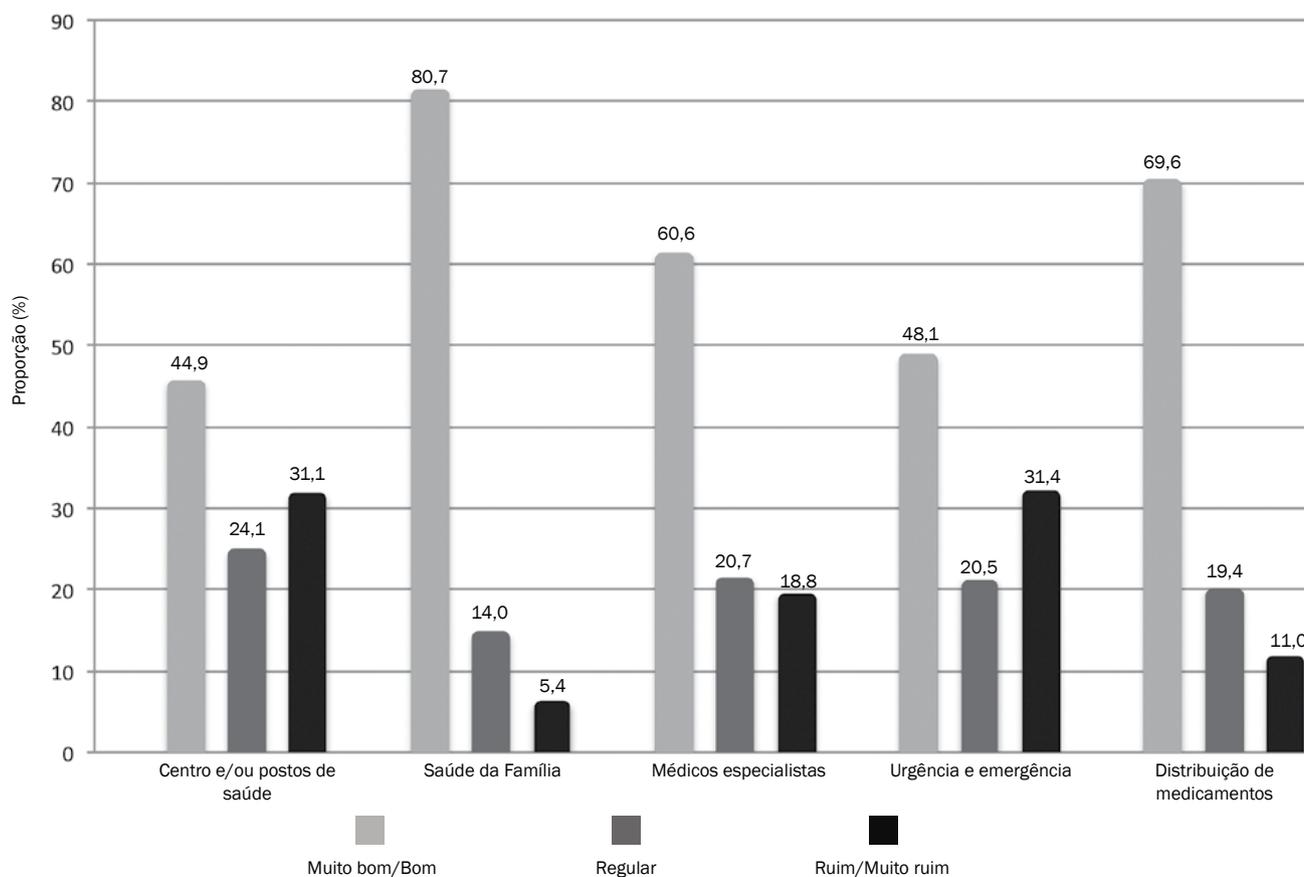
Nos últimos 15 anos, foram recrutados e treinados mais de 250 mil agentes comunitários de saúde e cerca de 30.000 médicos generalistas. No mesmo período, o avanço na saúde pública do Brasil tem sido notável. A mortalidade infantil caiu de 48/1.000 para

Gráfico 1 - Cobertura populacional de atendimento pela estratégia de Saúde da Família



Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Gráfico 2 - Proporção (%) das opiniões dos entrevistados a respeito da qualidade dos serviços públicos de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo utilização* e tipo de serviço pesquisado. Brasil, 2010



17/1.000. Somente nos últimos 5 anos, as internações hospitalares devidas a diabetes e acidentes vasculares encefálicos (AVE) diminuíram em 25%; a proporção de crianças abaixo de 5 anos com baixo peso caiu em 67%; mais de 75% das gestantes fazem atualmente sete ou mais consultas com a equipe de saúde durante o pré-natal e a cobertura vacinal de tríplice bacteriana (difteria, tétano e coqueluche) em crianças menores de um ano é superior a 95% na maioria dos municípios⁵.

Recente pesquisa realizada pelo IPEA, em que 2.773 residentes de diferentes regiões do país foram entrevistados entre 3 e 19 de novembro de 2010, mostrou um elevado grau de satisfação com relação à Saúde da Família (Gráfico 2)⁷.

Embora os resultados de saúde tenham melhorado, muitas disparidades persistem de forma considerável. Além disso, a transição demográfica e a atual situação epidemiológica vividas pelo Brasil, a chamada “tripla carga de doenças” - que mescla um panorama

de doenças infecciosas ainda não totalmente debeladas, o crescimento exponencial de doenças crônicas com aumento de seus fatores de risco e, ainda, um crescimento importante das causas externas (acidentes, violências), estão a exigir uma mudança radical na organização de um modelo de atenção coerente com a situação de saúde vivida pela população⁸. Com isso, delinea-se claramente a premente necessidade de que a incorporação dos conhecimentos da saúde coletiva, no âmbito das políticas e práticas municipais, sejam capazes de promover as mudanças necessárias no modelo de atenção. O impacto que isso trará ao sistema e à melhoria das condições de vida e de atenção à saúde das pessoas será determinante para, inclusive, o bom uso dos recursos financeiros de que o sistema de saúde carece. De nada adiantará obtermos mais financiamento para continuar trabalhando num modelo de atenção desconectado da realidade da situação de saúde e que, muitas vezes, é gerador de iniquidades.

Ao fim e ao cabo, talvez seja pertinente perguntar se o SUS, assim como outros sistemas de saúde, têm sido capazes de responder às necessidades de saúde da população com eficácia e com efetividade. Afinal, o envelhecimento populacional, em diferentes graus de intensidade e de velocidade, a prevalência crescente das condições crônicas e de seus fatores de risco aliadas a um modelo de atenção geralmente focado no atendimento das condições agudas não são problemas locais, mas globais.

No caso brasileiro, a utilização sistemática dos conhecimentos da saúde coletiva nas três esferas de governo do SUS, assim como sua apropriação pelos integrantes do controle social, são decisivas para que se alcancem plenamente os objetivos constitucionais propostos e acalentados por toda a sociedade.

Um evento auspicioso para a incorporação dos fundamentos propostos pela saúde coletiva às atividades de planejamento e gestão nas três esferas de governo foi a publicação, em junho deste ano, do Decreto 7.508/2011 que regulamenta a Lei 8080/1990. Ao estabelecer conceitos e delinear estratégias de organização que levam em conta os princípios e conceitos defendidos pela saúde coletiva e ao torná-los doravante de aplicação obrigatória, este marco legal certamente contribuirá para a melhor organização e para um melhor desempenho do Sistema Único de Saúde, especialmente nos níveis local e regional¹.

Referências

1. Brasil. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. [acesso em 12 set 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigo 196. [acesso em 2 set 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm
3. Campos GW. Suficiências e insuficiências da política para a Atenção Básica no Brasil: debate. *Cad Saúde Pública*. 2008;24:17-9
4. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha, JCN, Carvalho AI. Política e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
5. Guanais F C. Health equity in Brazil. *Brit Med J*. 2010; 341:c6542.
6. Harris M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. *Brit Med J*. 2010; 341:c4945
7. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Sistema de Indicadores de Percepção Social: saúde [monografia na internet]. Brasília (DF); 2011. [acesso em 4 set 2011]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=7165&Itemid.
8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): Organização Panamericana da Saúde, 2011.
9. Ministério da Saúde. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento. Avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o Biênio 2010-2011. Brasília(DF); 2010.
10. OPAS. Health Care in Brazil. *The Economist*. 2011 ago 27. [acesso em 12 set 2011]. Disponível em: <http://www.economist.com/node/21526773>

Da intuição às políticas públicas: a jornada para incorporação do Método Canguru no cuidado ao recém-nascido de baixo peso

From intuition to the public policies: the journey aimed to the incorporation of the Kangaroo Method (Método Canguru) for the care of low weight newborns

Tereza Setsuko Toma¹

Resumo

Em 1979, iniciou-se na Colômbia, o “Programa Madre Canguru” para promover a alta hospitalar precoce de recém-nascidos de baixo peso, pré-termos ou pequenos para a idade gestacional. Desde então, esta proposta foi incorporada na prática clínica em vários países, sendo adaptada às necessidades médicas, sociais e culturais de cada comunidade. No Brasil, o Ministério da Saúde publicou em 2000 uma portaria com as diretrizes para sua implantação. Este artigo tem como finalidade apresentar o que tem sido publicado sobre o Método Canguru (MC) no mundo, com ênfase na incorporação desta tecnologia. Esta revisão descritiva analisou resumos de artigos publicados até 10 de setembro de 2011. A busca foi realizada nos bancos de dados PubMed, SciELO e LILACS. Os 262 resumos de artigos analisados abordam o MC em suas diversas interfaces, incluindo benefícios potenciais, segurança, aceitabilidade e implementação, vivências das mães e familiares. Revisões sistemáticas apontam benefícios inegáveis do método para a redução da morbi-mortalidade de recém-nascidos de baixo peso. Há diferentes tendências na implantação do método entre os países de acordo com seu grau de desenvolvimento econômico. Um grande desafio em nosso país é a implantação do MC conforme preconizado na Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru.

Palavras-chave: Método Canguru, Revisão, Incorporação de Tecnologias em Saúde

Abstract

In 1979, the “Madre Canguru Program” was initiated in Colombia in order to promote early discharge low birth weight babies, preterm or small for age pregnancy. Since then, this proposal has been incorporated into clinical practice in several countries, and adapted to the medical, social and cultural needs of each community. In Brazil, the Ministry of Health published in 2000 an ordinance with guidelines for its implementation. This article aims to present what has been published on the Kangaroo Mother Care (KMC) in the world, with emphasis on the incorporation of this technology. This descriptive review examined summaries of articles published prior to September 10, 2011. The search was conducted in the databases PubMed, SciELO and LILACS. The 262 abstracts of articles analyzed the KMC approach in its various interfaces, including potential benefits, safety, acceptability and implementation experiences of mothers and families. Systematic reviews indicate undeniable benefits of the method for reducing morbidity and mortality of low birth weight newborns. There are different trends in the implementation of the method among countries according to their degree of economic development. A major challenge in our country is the implementation of the KM as recommended in the standard guidance Norma de Orientação para a Implantação do do Método Canguru.

Keywords: Kangaroo Mother Care, Review, Health Technologies Incorporation

¹Tereza Setsuko Toma (ttoma@isaude.sp.gov.br) é médica pediatra, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), pesquisadora científica V e coordenadora do Núcleo de Análise e Projetos de Avaliação de Tecnologias de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo



Introdução

Em 1979, os médicos Gómez e Rey Sanabria iniciaram no Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colômbia, um programa com a finalidade de promover a alta hospitalar precoce de recém-nascidos de baixo peso (RNBP), pré-termos ou pequenos para a idade gestacional. A proposta surgiu devido às condições precárias da atenção hospitalar, tais como superlotação, abandono de bebês, carência de equipamentos e de pessoal, altas taxas de infecção cruzada e de mortalidade neonatal. As mães, então, começaram a ser preparadas para levar seus bebês para casa o mais breve possível, independente do peso, desde que clinicamente estáveis. Após a alta hospitalar, deveriam manter o bebê em contato pele a pele entre as mamas (Figura 1), alimentar apenas com leite materno e levar para acompanhamento em ambulatório especializado. Este tipo de cuidado recebeu o nome de “Programa Madre Canguro”, devido à forma como as mães eram orientadas a carregar seus bebês¹⁰.

O programa foi visto como “uma luz de esperança” para milhões de RNBP em todo o mundo, apresentando uma relação custo-benefício que poderia proporcionar o aumento nas taxas de sobrevivência desses bebês, assim como melhorar sua qualidade de vida e evitar que fossem abandonados pelos pais¹⁰. O apoio do UNICEF propiciou o estabelecimento e a difusão do programa, que passou a ser apresentado como um modelo para cuidar do RNBP em casa. Avaliou-se que nos países in-

dustrializados esta abordagem não contribuiria para a sobrevivência de RNBP, no entanto poderia ser útil para a educação e motivação das mães²³.

Desde então, esta proposta passou a ser introduzida na prática clínica em vários países, sendo adaptada às necessidades médicas, sociais e culturais de cada comunidade.

Encontros internacionais têm contribuído tanto para a difusão do conhecimento quanto para fomentar o desenvolvimento de pesquisas. O primeiro encontro sobre o tema foi realizado em Bogotá, com patrocínio do UNICEF e reuniu as experiências iniciais de diversos países²². Em 1996 criou-se uma rede internacional de especialistas, a



Figura 1. Mãe e pai com seus RNBP em posição canguru (Fonte: Organización Mundial de la Salud. Método Madre Canguro: guía práctica, 2004)

International Network of Kangaroo Mother Care (INK). Esta rede tem organizado a cada dois anos o *Kangaroo Mother Care Workshop*: Itália 1996, Colômbia 1998, Indonésia 2000, África do Sul 2002, Brasil 2004, Estados Unidos 2006, Suécia 2008, Canadá 2010¹⁵.

No Brasil, a primeira experiência de implantação do Programa Mãe Canguru de que se tem notícia foi em 1991, no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, SP. Em 1994, o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) iniciou a implantação do programa para enfrentar uma situação crítica em que o número de prematuros e recém-nascidos de baixo peso era maior do que o das incubadoras disponíveis^{18, 3}. Na cidade de São Paulo, um projeto realizado por pesquisadoras do Instituto de Saúde, com apoio do UNICEF, CNPq e FAPESP, estudou a viabilidade da implantação do programa no Hospital Leonor Mendes de Barros, de 1993 a 1997¹⁹.

O programa ganhou visibilidade nacional a partir de 1997, quando o IMIP foi um dos finalistas do concurso de projetos sociais, patrocinado pela Fundação Ford, juntamente com a Fundação Getúlio Vargas e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Esta premiação, que tem como objetivo reconhecer as iniciativas inovadoras no tratamento de questões sociais, levou o BNDES a apoiar a expansão da enfermaria Mãe Canguru do IMIP e a conduzir ações para sua divulgação no Brasil¹⁸.

A divulgação inicial pelo BNDES foi feita através da Conferência Nacional sobre o Método Mãe Canguru, realizada em março de 1999, no Rio de Janeiro. Depois da conferência, o Ministério da Saúde (MS) designou um grupo de trabalho para elaborar as diretrizes para a implantação do método, publicadas em julho de 2000 e atualizadas em julho de 2007 por meio da Portaria n.º 1.683, que aprova a “Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru”¹. Esta Norma instituiu o Método Canguru como política pública de saúde. Ainda, a Secretaria de Assistência à Saúde, por meio da Portaria 072, de 02 de março de 2000, incluiu o método na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)².

Após a publicação da Norma, um projeto amplo de di-

usão em todo o Brasil foi então coordenado pelo Ministério da Saúde, com o apoio do BNDES, em parceria com a Fundação ORSA¹⁸. Um manual técnico foi elaborado para a capacitação de equipes de saúde multiprofissionais e cinco Centros de Referência foram definidos nas macrorregiões do país. De 2000 a 2007 foram realizados 166 cursos envolvendo 7.036 participantes, além de seminários nacionais para sensibilização de profissionais de saúde³.

O “*Programa Madre Canguru*” aparece hoje em dia com denominações diversas, então adotaremos o termo Método Canguru (MC) conforme publicado na Portaria do Ministério da Saúde.

Este artigo tem como finalidade apresentar o que tem sido publicado sobre o MC no mundo, com ênfase na incorporação desta tecnologia.

Método

Esta revisão descritiva teve como base o levantamento e análise de resumos de artigos publicados até 10 de setembro de 2011. A busca foi realizada nos bancos de dados PubMedⁱⁱ, SciELOⁱⁱⁱ e LILACS^{iv}. No PubMed foram utilizados os descritores “*Kangaroo Care*”, “*Kangaroo Mother Care*” e “*Kangaroo Method*” (com o limite “*humans*”). No SciELO a busca foi feita por meio dos descritores *Método Canguru*, *Método Mãe Canguru* e *Método Mãe-Canguru*. No LILACS, o descritor utilizado foi *Madre Canguru*. Para a finalidade deste artigo, cujo foco é a incorporação de tecnologias, foram selecionados e lidos na íntegra revisões sistemáticas e artigos que abordam o processo de implantação.

Resultados e discussão

No PubMed os descritores “*Kangaroo Care*”, “*Kangaroo Mother Care*” e “*Kangaroo Method*” renderam, respectivamente, 150, 93 e 41 artigos. No SciELO, os descritores *Método Canguru*, *Método Mãe Canguru* e *Método Mãe-Canguru* levaram a, respectivamente, 6, 12 e 7 artigos. No LILACS, o descritor *Madre Canguru* resultou em 23 artigos.

Esses descritores não esgotam a lista de publicações sobre o tema, porém são os mais comumente

ⁱⁱ PubMed é um banco de dados bibliográficos dos Estados Unidos, que contém citações do MEDLINE, revistas e livros online, principalmente sobre ciências da vida e temas biomédicos. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

ⁱⁱⁱ SciELO, sigla de Scientific Electronic Library Online, é um modelo para a publicação eletrônica cooperativa de periódicos científicos na Internet. É produto da cooperação entre a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação

em Ciências da Saúde (BIREME), instituições nacionais e internacionais relacionadas com a comunicação científica e editores científicos. <http://www.scielo.org/php/index.php>

^{iv} LILACS, sigla de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde é um banco de dados bibliográficos em medicina e ciências da saúde, coordenado pela BIREME. <http://lilacs.bvsalud.org/>

utilizados. Uma busca incluindo o descritor pele a pele (*skin to skin*) certamente poderia trazer muitos outros estudos relacionados ao MC.

Dos 332 artigos identificados, 54 não tinham resumos e 16 artigos repetidos tiveram suas cópias excluídas. Portanto, 262 resumos foram analisados.

Nesta amostra, os dois primeiros artigos foram publicados em 1988. Na década de noventa foram publicados 57 trabalhos, uma média de 6 ao ano. A partir de 2000 foram publicados 203 trabalhos, cerca de 16 ao ano.

Dentre os 42 países onde os estudos foram realizados, os Estados Unidos aparecem com 25% das publicações, seguidos do Brasil com 16%, Colômbia 6%, Canadá, Índia, Israel e África do Sul, cada um com cerca de 4%.

Os aspectos abordados nesses resumos são amamentação, ansiedade materna e vínculo, termo regulação, organização e modulação do sistema motor do recém-nascido, procedimentos dolorosos, crescimento e desenvolvimento, segurança do método, aceitabilidade e implementação, vivências das mães e familiares, mortalidade e morbidade neonatal, revisões e comentários.

A seguir serão discutidas com maior detalhamento as revisões sistemáticas que fundamentam a importância da incorporação do método, a tendência de implantação do método pelos países e a situação no Brasil.

Revisões que fundamentam a incorporação do Método Canguru

As revisões sistemáticas e metanálises têm sido cada vez mais utilizadas como base para a tomada de decisões na incorporação de tecnologias na área da saúde. Portanto, pode-se levar um tempo até que os resultados dos estudos possam ser conclusivos, de maneira a recomendar novas tecnologias. Com relação ao Método Canguru, por exemplo, em 2003, uma revisão sistemática da Cochrane Library^v realizada por Conde Agudelo et al. concluiu que as evidências científicas eram insuficientes para recomendar o uso rotineiro do Método Canguru para o cuidado dos RNBP¹⁴.

Somente em 2010 são publicadas evidências indicando que o MC reduz substancialmente a mortalidade neonatal nos hospitais entre bebês prematuros nascidos com peso abaixo de 2000 gramas, em uma metanálise realizada por Lawn et al.¹⁴. Esse estudo mostrou também que o

método é muito eficaz na redução de morbidade grave, em particular aquela decorrente de infecções como pneumonia e septicemia. Os 15 estudos selecionados para esta metanálise foram realizados em países considerados de baixa e média rendas – Colômbia, Etiópia, Equador, Indonésia, Bangladesh, Índia, México e África do Sul. Os autores relatam um decréscimo de 51% nas mortes neonatais entre os bebês nascidos com menos de 2000 gramas. Este achado é considerado suficiente para que o MC seja recomendado como rotina hospitalar para todos os bebês estáveis com peso ao nascer menor que 2000 gramas.

Conde Agudelo et al.⁸, por sua vez, atualizaram sua revisão sistemática de 2003, em um processo de seleção que também incluiu 15 estudos. O MC mostrou-se associado a: 1. redução no risco de mortalidade com 40-41 semanas de idade pós-concepcional; 2. redução nos casos de infecção grave/septicemia, infecção hospitalar, infecção respiratória baixa e hipotermia; 3. maior ganho de peso diário, comprimento e perímetro cefálico; 4. maior probabilidade de ser amamentado e de ser amamentado exclusivamente com 40-41 semanas de idade pós-concepcional e com 1-3 meses de acompanhamento; 5. redução no período de internação hospitalar em 2,4 dias; 6. maior satisfação, senso de competência e resposta das mães aos bebês; 7. menor custo da atenção hospitalar. Os autores concluem que existem evidências científicas suficientes para apoiar o uso do MC como uma alternativa à atenção neonatal convencional nos locais com recursos limitados. Outras conclusões desta revisão foram que há algumas evidências de que o MC poderia aumentar as taxas de amamentação nos países desenvolvidos.

Tendências da implantação do Método Canguru

O crescente acúmulo de evidências científicas sobre os benefícios do MC impõe aos elaboradores e executores das políticas de saúde um questionamento sobre se é aceitável negar aos RNBP este tipo de cuidado. O desafio do momento é como implementar o MC a partir da conclusão dos estudos de que ele apresenta um inegável e importante impacto sobre a mortalidade neonatal. Embora não existam dados mundiais sobre cobertura, poucos bebês de baixo peso parecem ter acesso ao MC¹⁴.

Atualmente, observam-se duas tendências na aplicação do MC. Nos locais de baixa renda há uma tendência

^vThe Cochrane Library é uma coleção de fontes de informação de boa evidência em atenção à saúde, em inglês. Inclui as Revisões Sistemáticas da Colaboração Cochrane, em texto completo, além de ensaios clínicos, estudos

de avaliação econômica em saúde, informes de avaliação de tecnologias de saúde e revisões sistemáticas resumidas. <http://cochrane.bvsalud.org/portal/php/index.php>

à implantação do método contínuo, em que se preconiza o contato pele a pele 24 horas/dia. Já nos locais de maior renda a tendência é de utilização do método intermitente, sendo o contato pele a pele de poucas horas¹⁵. Esse é um dos fatores que dificultam a comparabilidade dos resultados das pesquisas. Devido a essas diferentes aplicações, a *International Network of KMC* definiu o método como “Contato pele a pele precoce, prolongado e contínuo entre uma mãe e seu recém-nascido de baixo peso (2500 gramas, pré-termo e ou de baixo peso), no hospital como após a alta, com amamentação exclusiva (idealmente) e adequado acompanhamento”¹⁵.

O interesse pelo MC demonstrado pelos pesquisadores de países desenvolvidos aponta para a importância de nos preocuparmos não só com a sobrevivência dos RNBP, como também com a qualidade de vida daqueles que sobrevivem e o sofrimento vivenciado nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN). Nesses países, há muitos anos demonstra-se uma preocupação com os efeitos danosos do ambiente da UTIN. Sabe-se que os recém-nascidos pré-termo (RNPT, abaixo de 37 semanas de idade gestacional) vivenciam uma série de morbidades relacionadas à imaturidade de seus órgãos e sistemas. O rápido desenvolvimento do cérebro de um RNPT torna-o particularmente vulnerável ao meio ambiente estressante²¹.

Com o objetivo de proteger o RNPT contra o estresse provocado pelo ambiente da UTIN, em meados dos anos oitenta lançou-se o termo “developmental care” (cuidado com o desenvolvimento). Sob esta designação incluem-se várias intervenções para minimizar o estresse, por meio do controle de estímulos externos (vestibular, auditivo, tátil e visual), entre os quais a redução do ruído e da luminosidade, o agrupamento de procedimentos clínico-laboratoriais, o posicionamento e a contenção do bebê. Essas intervenções têm sido utilizadas de maneira a compor um plano de cuidado individualizado conhecido como “*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*” – NIDCAP (Programa de avaliação e cuidados individualizados para o desenvolvimento do recém-nascido). O plano de cuidados para cada bebê é estabelecido mediante a observação do seu comportamento com relação a padrão respiratório, cor da pele, respostas viscerais (engasgo, soluço), padrão motor (tônus e postura), expressões faciais (sorriso, careta) e estado de alerta. Embora seja plausível concluir que o NIDCAP traz benefícios à saúde do RNPT, os estudos realizados

até o momento não permitem uma conclusão sobre os efeitos consistentes devido às diferentes intervenções utilizadas que dificultam a comparação²¹.

Então, nesses países, observa-se um interesse particular no contato pele a pele, mesmo que de forma intermitente. Na maioria deles não há uma política que defina o padrão de MC a ser oferecido nos hospitais. Na Europa, um levantamento realizado em 284 UTIN de 8 países revelou que o MC é oferecido às mães em 41 a 100% das unidades dependendo do país. E países como Suécia, Dinamarca, Holanda e Bélgica têm políticas que incentivam a participação tanto das mães quanto dos pais¹⁵.

Na Alemanha, em 1997 o MC era utilizado em 193 de um total de 307 departamentos de neonatologia²⁰.

Na Espanha, um levantamento feito por telefone, obteve respostas de 83 de 100 hospitais que prestavam assistência a recém-nascidos abaixo de 1500 gramas. Destes, 31% realizavam controle da poluição sonora, 72% controlavam a intensidade da luz, 10% permitiam visita irrestrita dos pais e em 22% o MC era utilizado. Dificuldades na implantação dessas medidas foram apontadas por 63% dos hospitais¹⁷.

No Reino Unido, uma pesquisa comparou dados de dois estudos observacionais prospectivos. Os dados obtidos de 153 das 214 unidades neonatais (71%), em 2005, comparados aos dados das mesmas unidades em 2008, mostraram que o uso do MC aumentou de 50 para 80%¹².

Em 2003, a Organização Mundial da Saúde, publicou um guia para orientar a implantação do MC, voltado particularmente para os locais onde o método é mais necessário, isto é, nos países com níveis elevados de mortalidade neonatal e escassez de serviços de saúde e de profissionais habilitados^{15, 16}.

O Método Canguru na Colômbia mantém o padrão original de alta precoce, com ênfase no acompanhamento ambulatorial. Em 2007, um guia com as práticas recomendadas foi elaborado pela *Fundación Canguro*, de Bogotá, a partir da experiência acumulada de mais de 30 anos de existência do programa e de uma ampla revisão sobre as evidências científicas^{15, 9}.

A INK costuma elaborar recomendações a cada encontro bianual. O encontro realizado na Suécia, em 2008, gerou princípios orientadores para a implantação do MC em ambientes com acesso à alta tecnologia. Os autores argumentam que os RNPT necessitam do MC para sua maturação. Nesse sentido, recomenda-se que os cuidados intraparto e pós-natais adiram ao paradigma de não separação do bebê

de seus pais, cujo contato pele a pele é o ambiente desejável para continuidade de seu desenvolvimento¹⁵.

O MC tem sido estudado como mais um recurso para aumentar a sobrevivência dos RNBP em alguns países da África, onde muitos partos são domiciliares ou ocorrem em unidades de saúde sem recursos tecnológicos avançados⁶.

Situação de implantação do MC no Brasil

As diretrizes do Método Canguru em nosso país preconizam uma mudança do paradigma da atenção perinatal, na qual os avanços tecnológicos são complementados por uma atenção humanizada que se desenvolve desde o momento da identificação de gestantes com risco para um parto prematuro. Os cuidados com a gestante e feto, continuam na UTIN, por meio do estímulo à entrada livre dos pais e início do contato pele a pele, e no alojamento conjunto canguru. Nessas etapas, são trabalhadas a manutenção do aleitamento materno e as práticas recomendadas pelo NIDCAP, que foram incorporados ao método brasileiro. Após a alta hospitalar, o cuidado é realizado por um acompanhamento ambulatorial criterioso tanto para o bebê quanto para sua família^{4, 5}.

Estudo realizado com o objetivo de avaliar os resultados do MC no Brasil concluiu que essa estratégia de humanização é uma alternativa segura ao tratamento convencional e que contribui na promoção do aleitamento materno de bebês nascidos com baixo peso. O desenho do estudo foi uma coorte prospectiva que incluiu 985 recém-nascidos com pesos entre 500 e 1749 gramas. A comparação foi feita entre 16 unidades que possuíam ou não a segunda fase do MC, dos quais 8 eram centros nacionais de referência para o Método (grupo de estudo) e 8 faziam parte da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (grupo controle). Observou-se que os resultados dos grupos foram semelhantes com relação ao tempo médio de internação e intercorrências clínicas na unidade intermediária ou canguru. Peso, comprimento e perímetro cefálico com 36 semanas de idade gestacional corrigida foram menores nas unidades canguru, no entanto essas unidades apresentaram desempenho superior em relação ao aleitamento materno exclusivo na alta¹³.

Importante desafio em nosso meio tem sido a capacitação de equipes multiprofissionais para a implantação do MC nas unidades de saúde. Em 2009, o Ministério da Saúde publicou a segunda edição do manual técnico "Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru", utilizado para a capacitação das equipes de

saúde. Esse manual, dividido em 6 módulos, aborda os seguintes temas: políticas de saúde, aspectos psicoafetivos e comportamentais, manejo nutricional do recém-nascido pré-termo, cuidados com o recém-nascido de baixo peso no ambiente hospitalar, acompanhamento ambulatorial e implantação e avaliação do Método Canguru⁴.

A avaliação nacional da implantação do método em hospitais com equipes capacitadas entre 2000 e 2003, por meio dos cursos patrocinados pelo MS, obteve informações de 176/293 hospitais (60,1%). Um questionário foi enviado a todos os hospitais e, posteriormente, realizaram-se visitas a uma amostra de 29 deles. Os autores concluíram que a capacitação das equipes foi importante para iniciar o processo de implantação do MC, mas não o suficiente para alcançar a implantação das três etapas preconizadas pela Portaria. A primeira etapa relativa ao método na UTIN foi implantada em 84,9% dos hospitais, porém as três etapas foram implantadas em menos da metade deles. A maior dificuldade referiu-se à implantação da fase de acompanhamento ambulatorial¹¹. Essa avaliação revela pontos que podem ter influenciado nestes resultados. A seleção dos hospitais para a capacitação das equipes foi adequada, no entanto o mesmo parece não ter ocorrido com a seleção dos participantes dos cursos. Em 37,9% dos serviços não houve repasse do curso aos demais profissionais. O espaço físico inadequado dificulta a permanência dos pais nos serviços, e a ausência de um banco de leite humano ou posto de coleta em muitos hospitais impõe barreiras para a prática da amamentação exclusiva¹¹.

Anteriormente, uma avaliação foi realizada em 28/44 hospitais públicos do Estado de São Paulo (63,6%), cujas equipes haviam participado de cursos patrocinados pelo MS até o ano 2002. Os resultados indicaram que os hospitais escola, os hospitais credenciados com o título de Amigo da Criança, aqueles com serviço de banco de leite humano, assim como aqueles com mais de 12 profissionais capacitados apresentaram melhores escores de implantação. O MC havia sido implantado na UTIN em 22 hospitais (78,6%), no alojamento canguru em 19 (67,9%) e no ambulatório em 16 (57,1%). As dificuldades relatadas variam de acordo com as diferentes etapas do método. Na UTIN, as principais dificuldades referiam-se à captação e permanência das mães. No alojamento canguru, as dificuldades eram relacionadas ao manejo da amamentação e a inclusão das famílias no processo de decisão. Na etapa após a alta hospitalar, a principal

difficuldade era a impossibilidade de realizar visitas domiciliares e a insegurança dos profissionais quanto aos cuidados necessários no domicílio. Outros pontos críticos foram a perda de profissionais capacitados nas equipes e a falta de apoio dos dirigentes para as mudanças exigidas para a implantação completa do MC⁷.

Com a finalidade de ajudar as equipes dos hospitais no processo de implantação do MC, o manual técnico do Ministério da Saúde traz uma sugestão de 10 passos: 1. formação de um comitê de implantação do programa, 2. definição do projeto, 3. construção de uma agenda para a implantação, 4. capacitação com o curso de 40 horas alguns, 5. cursos de capacitação de vinte horas para pelo menos 80% da equipe, 6. sensibilização de quatro horas para serviços de apoio, 7. adequação dos setores para as três etapas, 8. construção do manual de boas práticas, 9. implantação de um sistema de controle dos dados e de um programa de supervisão, 10. implantação de um sistema de trabalho cooperativo com a rede básica de saúde⁴.

Conclusão

O Método Canguru é um exemplo de que, em situações extremas, boas ideias podem ser colocadas em prática, porém é importante que sejam avaliadas e adaptadas a diferentes realidades socioculturais. Essas diferentes modalidades de implantação do MC, entretanto, dificultam a comparabilidade dos resultados entre os países.

As evidências científicas indicam benefícios inegáveis do método na redução da morbi-mortalidade de recém-nascidos de baixo peso e sua contribuição para uma melhor qualidade de vida dessas crianças e de seus pais.

O grande desafio a ser enfrentado internacionalmente é como viabilizar a implantação do MC nos países com menos recursos para garantir a sobrevivência dos RNBP, uma vez que muitos nascimentos ocorrem nos domicílios ou em serviços de saúde comunitários.

No Brasil, após o entusiasmo inicial e muita mobilização dos profissionais de saúde, observa-se que o processo de implantação do MC exige um plano de trabalho de longo prazo, que envolva cursos regulares para a capacitação de equipes multiprofissionais, sensibilização dos dirigentes dos hospitais, monitoramento das práticas e apoio contínuo às equipes, integração com as Unidades Básicas e Estratégia Saúde da Família, desenvolvimento de mecanismos que viabilizem a participação efetiva das famílias.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 072, de 02 de março de 2000. Brasília. DOU Nº 45, sexta-feira, 03 de março de 2000 – Seção I, pág. 26.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.683 de 12 de Julho de 2007. Aprova as Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Brasília. DOU Nº 134, sexta-feira, 13 de julho de 2007, Seção I, pág. 84.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Relatório sobre o Método Canguru desde sua implantação até os dias atuais, com critérios para prosseguimento e expansão do projeto, incluindo a capacitação de recursos humanos. Brasília, 2010. 44 p. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_canguru_ago.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 204 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) [acesso em 2 abr 2012]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1461
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 4 v.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicas). [acesso em 20 set 2011]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1461
6. Carlo WA, McClure EM, Chomba E, Chakraborty H, Hartwell T, Harris H, Lincetto O, Wright LL. Newborn care training of mi-

- dwives and neonatal and perinatal mortality rates in a developing country. *Pediatrics*. 2010;126(5):e1064-71. [acesso em 20 set 2011]. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/5/e1064.full.pdf>
7. Colameo AJ, Rea MF. O método mãe canguru em hospitais públicos do estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. *Cad Saúde Pública*. 2006;22:597-607. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/15.pdf>
 8. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: The Cochrane Library, Issue 08, Art. No. CD002771. DOI: 10.1002/14651858.CD002771.pub4 [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=kangaroo%20and%20mother%20and%20care&lang=pt>
 9. Fundación Canguro y Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística Facultad de Medicina – Pontificia Universidad Javeriana. Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia para la Óptima Utilización del Método Madre Canguro en el Recién Nacido Pretérmino y/o de Bajo Peso al Nacer. [acesso em 20 Set 2011]. Disponível em Http://www.Que-noosseparen.Info/.../Guia_Met.Canguro_Prematuros.Pdf
 10. Gómez HM, Rey Sanabria E, Marquette CM. The Mother Kangaroo Programme. *International Child Health*. 1992;3(1):55-67.
 11. Gontijo TL, Meireles AL, Malta DC, Proietti FA, Xavier CC. Avaliação da implantação do cuidado humanizado aos recém-nascidos com baixo peso: método canguru. *J. Pediatr. (Rio J.)* 2010;86(1):33-9. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000100007
 12. Hamilton KE, Redshaw ME. Developmental care in the UK: a developing initiative. *Acta Paediatr*. 2009;98(11):1738-43. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em http://dc173.4shared.com/.../zG.../Developmental_care_in_the_UK.PDF
 13. Lamy Filho F, Silva AA, Lamy ZC, Gomes MA, Moreira ME; Grupo de Avaliação do Método Canguru; Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais. Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84(5):428-435. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572008000600009&script=sci_arttext
 14. Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Horta BL, Barros FC, Cousens S. Kangaroo mother care to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *Int J Epidemiol*. 2010;39:i144-i154. [acesso em 31 ago 2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845870/?tool=pubmed>
 15. Nyqvist KH; Expert Group of the International Network on Kangaroo Mother Care, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, Ewald U, Ludington-Hoe S, Mendoza S, Pallás-Allonso C, Peláez JG, Sizun J, Widström AM. State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Acta Paediatr*. 2010;99(6):812-9. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em <http://www.qvc.qc.ca/inscript/Fichiers/KMC.../KMC%20high%20tech.pdf>
 16. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Método Madre Canguro: guía práctica. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2004. 62 p. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/.../index.html
 17. Perapoch López J, Pallás Alonso CR, Linde Sillo MA, Moral Pumarega MT, Benito Castro F, López Maestro M, Caserío Carbonero S, de la Cruz Bértolo J. Developmental centered care. Evaluation of Spanish neonatal units. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64(2):132-9. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16527065> (abstract)
 18. Prochnik M, Carvalho MR. Método mãe-canguru de atenção ao prematuro. Rio de Janeiro: BNDES, 2001. 96 p. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em http://www.aleitamento.com/imagens/bndes_social.pdf
 19. Rea MF, Toma TS. Assistência canguru: desenvolvimento de um projeto piloto na cidade de São Paulo e estudo de custo-efetividade. Relatório técnico: resultados finais. Instituto de Saúde, 1997. 106 p.
 20. Stening W, Roth B. Dissemination of the Kangaroo Method in Germany. *J Perinatol*. 1999;19(6):450-1. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em <http://www.nature.com/jp/journal/v19/n6/abs/7200209a.html>
 21. Symington Amanda J, Pinelli Janet. Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: The Cochrane Library, Issue 08, Art. No. CD001814. DOI: 10.1002/14651858.CD001814.pub4 [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=developmental%20and%20care&lang=pt>
 22. UNICEF/Oficina Regional para América Latina y Caribe. Primer Encuentro Internacional Programa Madre Canguro (memórias). Martínez GH & Aguilar JR (editores), Bogotá, Colombia, 1990. 485p.
 23. Whitelaw A, Sleath K. Myth of the marsupial mother: home care of very low birth weight babies in Bogota, Colombia. *Lancet*. 1985;1(8439):1206-8. [acesso em 29 ago 2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2860400> (abstract)

Uma reflexão sobre as contribuições do Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) para a gestão e práticas de saúde no SUS

A reflection on the contributions to the Project Breast feeding and Municipalities (AMAMUNIC) for the management and health practices in the Brazilian Public Health System (SUS)

Sonia Isoyama Venancio¹

Resumo

A promoção do aleitamento materno (AM), da alimentação complementar saudável e especialmente do aleitamento materno exclusivo (AME) são intervenções em saúde pública com grande potencial para a diminuição da mortalidade na infância, devendo ser consideradas por gestores e profissionais de saúde.

Em consonância com o movimento de municipalização das ações de saúde no SUS, na década de 1990, foi concebido o Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC), para disponibilizar aos gestores municipais do Estado de São Paulo uma ferramenta para o diagnóstico e monitoramento da situação da amamentação. Desde 1998, o Instituto de Saúde promove treinamentos voltados a equipes municipais para a realização de inquérito sobre práticas de alimentação infantil durante as campanhas de vacinação.

Em um período de dez anos (1998-2008), 345 municípios realizaram a pesquisa, representando 53% dos 645 municípios paulistas. Dentre os municípios participantes, 175 adotaram a estratégia para o monitoramento dos indicadores de amamentação, realizando a pesquisa duas ou mais vezes no período analisado.

O presente artigo trata-se de um relato de experiência, o qual tem por objetivos descrever o contexto de formulação e o desenvolvimento do Projeto nos seus 14 anos de implementação, analisar os avanços no conhecimento sobre o perfil epidemiológico, tendência, determinantes da amamentação e refletir sobre as possíveis contribuições do Projeto no tocante à incorporação dos resultados para o planejamento e avaliação das ações de aleitamento materno nos municípios.

Palavras-chave: Amamentação; Inquéritos Epidemiológicos

Abstract

The promotion of breastfeeding (aleitamento materno - AM), of the healthy complementary feeding, and, in special, the exclusive breastfeeding are interventions in public health with great potential to reduce the infant mortality rate, and should be considered by managers and professionals in health.

In compliance with the movement for the municipalization of the health care services of the Brazilian Public Health System (Sistema Único de Saúde - SUS), in 1990, the Project Breast Feeding and Municipalities (Projeto Amamentação e Municípios - AMAMUNIC) was conceived to make available to local managers of the state of São Paulo a tool for diagnosing and monitoring the breastfeeding situation.

Since 1998, the Health Institute (Instituto de Saúde - IS) provides training aimed to local teams to perform inquires about infant feeding practices during the vaccination campaigns.

In a period of ten years (1998-2008), 345 municipalities conducted the research, involving 53% of the 645 cities of the State of São Paulo. Among the cities that took part in the research, 175 adopted the strategy of monitoring the breastfeeding rates, carrying out the research two or more times during the period analyzed.

This article presents a report of an experience, which has the aim to describe the context of the formulation and the development of the Project in its 14 years of implementation, to analyze the advances in the knowledge about epidemiologic profile, trends, determinants of breastfeeding and to reflect on the possible contributions of the Project regarding the incorporation of the findings to the planning and evaluation of actions of maternal breastfeeding in the municipalities.

Keywords: Breastfeeding, Epidemiologic Inquiries

¹Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é médica pediatra, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), pesquisadora científica VI, assistente técnica de direção e coordenadora do Centro de

Tecnologias em Saúde para o SUS do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo



Introdução

A promoção do aleitamento materno (AM), da alimentação complementar saudável e especialmente do aleitamento materno exclusivo (AME) são intervenções em saúde pública com grande potencial para a diminuição da mortalidade na infância, devendo ser consideradas por gestores e profissionais de saúde^{7,21}.

Ações específicas pró-amamentação tiveram início no Brasil com o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), em 1981, caracterizado pela criação de uma coordenação nacional, ampla mobilização social e divulgação de campanhas na mídia. A década de 80 é marcada, ainda, por importantes avanços no tocante à proteção legal do aleitamento materno, com a aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactente (NBCAL) e a inclusão, na Constituição Brasileira, do direito a 120 dias de licença-maternidade, entre outros benefícios. Na década de 90, os principais avanços do PNIAM foram: a introdução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) no País, a expansão da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, os avanços na implementação da NBCAL e a intensa mobilização social provocada pela comemoração da Semana Mundial da Amamentação¹¹.

No contexto mais amplo do Sistema Único de Saúde (SUS), a década de 90 foi marcada pelo avanço da descentralização no setor saúde no Brasil. A esfera municipal, ainda que de modo lento, gradual e negociado, a partir

das Normas Operacionais Básicas (NOB/93 e NOB/96) tornou-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no País e, portanto, da prestação direta da maioria das ações e programas de saúde². O uso de informações epidemiológicas na gestão dos serviços de saúde foi enfatizado, no processo de municipalização, como um dos importantes mecanismos para a definição de políticas locais¹. Nesse sentido, vários sistemas de informação foram propostos com o objetivo estimular os municípios a obterem seus indicadores de saúde.

No tocante às práticas de alimentação infantil, os gestores municipais dispunham, nesse momento, de apenas um indicador (o percentual de crianças entre 0-4 meses em amamentação exclusiva), disponibilizado pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Na realidade do Estado de São Paulo, que contava com baixa cobertura do Programa de Saúde da Família, essa informação era claramente insuficiente para o planejamento e avaliação de ações pró-amamentação.

Em consonância com o movimento de municipalização das ações de saúde no SUS foi concebido o Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC), em 1998, para disponibilizar aos gestores municipais do Estado de São Paulo uma ferramenta para o diagnóstico e monitoramento da situação da amamentação. O Projeto foi formulado com base na constatação de que o envolvimento dos municípios passava a ser fundamen-

tal para a implementação das diretrizes nacionais de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Objetivos do Projeto

Os objetivos do Projeto Amamentação e Municípios são: 1) capacitar equipes municipais para realizar inquérito epidemiológico sobre as práticas de alimentação infantil em campanhas de vacinação; 2) realizar discussão com os municípios sobre os resultados da pesquisa com vistas ao planejamento de ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno no nível municipal e 3) formar um banco de dados que possibilite analisar a situação e a tendência da amamentação no Estado de São Paulo para subsidiar o planejamento de ações no nível estadual.

Metodologia

A metodologia do Projeto foi elaborada a partir do êxito obtido em um inquérito feito na campanha de vacinação no município de Botucatu-SP, através de uma parceria entre o Instituto de Saúde e a UNESP, em 1995³ e da validação realizada nas capitais João Pessoa e Florianópolis, por meio de uma parceria entre o Instituto de Saúde e o NUPENS (Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Faculdade de Saúde Pública), em 1996⁸.

Detalhes sobre aspectos metodológicos do Projeto Amamentação e Municípios já foram descritos em algumas publicações^{17, 18}. Essa proposta diferencia-se dos inquéritos populacionais sobre AM realizados no País, pois não tem por objetivo a realização de pesquisas com amostras representativas da população do Brasil ou de Estados brasileiros, mas sim o envolvimento de municípios interessados na implementação de programas de amamentação, fornecendo-lhes uma ferramenta útil para o planejamento e avaliação e de suas ações. Assim, busca-se a representatividade da população no nível municipal.

O Projeto AMAMUNIC oferece, anualmente, treinamentos visando à capacitação de equipes locais para a realização do inquérito sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação. Esse treinamento tem duração de 8 horas e seu programa contém os conteúdos necessários para a organização e supervisão da pesquisa nos municípios. Manuais dirigidos ao supervisor de campo e entrevistador foram elaborados para padronizar os treinamentos dos entrevistadores, fornecer orientações sobre as condutas no campo e esclarecer possíveis dúvidas sobre o instrumento de coleta de dados. A

adesão dos municípios à realização do inquérito se dá de forma voluntária.

Os municípios com população de menores de um ano de até aproximadamente 1.500 crianças (estimada por dados da campanha de vacinação do ano anterior ao da realização da pesquisa) realizam o levantamento em caráter universal, isto é, entrevistam todas as crianças menores de um ano que comparecem aos postos de vacinação. O Instituto de Saúde oferece ainda assessoria aos municípios de maior porte populacional, que necessitam realizar a pesquisa por meio de amostragem, sendo nesses casos adotada a estratégia de amostra por conglomerados em dois estágios, seguindo procedimentos recomendados por Silva¹⁵.

O instrumento proposto para coleta de dados evita questões abertas e inclui para todas as crianças questões sobre o consumo nas últimas 24 horas de leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos, incluindo água, chás e outros líquidos, seguindo as recomendações da OMS para levantamentos sobre amamentação²². Permite, dessa forma, a análise das práticas de AM e alimentação complementar, segundo as definições da OMS²².

O questionário inclui também questões que caracterizam as crianças quanto à situação de nascimento, utilização da rede pública para acompanhamento, dados socioeconômicos e demográficos. Algumas questões retrospectivas foram incluídas (somente para os menores de quatro meses de idade) para verificar a alimentação das crianças no primeiro dia em casa após a alta hospitalar. Com isso busca-se, de forma indireta, conhecer as orientações dadas às mães sobre amamentação exclusiva nas maternidades. O instrumento elaborado é suficientemente simples para aplicação por pessoal não especializado, como funcionários dos serviços de saúde, estudantes universitários ou mesmo estudantes de segundo grau. De qualquer forma, todos os entrevistadores recebem um treinamento e um manual de instruções com todos os procedimentos que devem ser seguidos em campo.

No ano de 1999 elaborou-se um aplicativo no programa ACCESS denominado AMAMUNIC, para digitação dos dados e obtenção de relatórios com os indicadores de práticas de alimentação infantil propostos pela OMS²², possibilitando uma padronização da análise dos dados e maior autonomia dos municípios para trabalhar com as informações obtidas a partir da pesquisa. Os bancos de dados digitados pelos municípios eram encaminhados à coordenação do Projeto (Instituto de Saúde), para a aná-

lise comparativa da situação da amamentação nos municípios. Desde 2007, esse aplicativo foi adaptado para uma versão on-line, dispensando o encaminhamento dos bancos de dados ao Instituto de Saúde. A utilização desse aplicativo pelos municípios acabou fazendo com que muitos se refiram ao Projeto Amamentação e Municípios como “Projeto AMAMUNIC”.

Resultados da implementação do Projeto no Estado de São Paulo

Uma análise da evolução do Projeto Amamentação e Municípios e da situação da amamentação no Estado foi recentemente publicada no Boletim Epidemiológico Paulista¹⁸. No Estado de São Paulo, em um período de dez anos (1998-2008), 345 municípios realizaram a pesquisa, representando 53% dos 645 municípios paulistas. Dentre os municípios participantes, 175 realizaram a pesquisa duas ou mais vezes no período analisado. Destaca-se a maior participação dos municípios de Guarulhos, Santa Cruz do Rio Pardo e Tupã, com a realização de 8 inquéritos no período.

Ressalta-se que a participação dos municípios no Projeto não foi homogênea nas diferentes Regiões de Saúde do Estado, sendo o DRS de Franca o que obteve o menor percentual de municípios participantes (20%) e os DRS Barretos, Marília e Sorocaba os que tiveram maior adesão (entre 81 e 100%).

A incorporação dos resultados

No tocante à produção de conhecimento, pode-se dizer que o Projeto Amamentação e Municípios constituiu-se, ao longo dos seus 14 anos de existência, em uma linha de pesquisa que vem contribuindo para: traçar o perfil epidemiológico e a tendência da amamentação em municípios do estado de São Paulo e de outros estados brasileiros; identificar fatores associados à prática da amamentação e introdução da alimentação complementar e mostrar o impacto da amamentação sobre a saúde infantil^{4, 5, 6, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20}.

Algumas contribuições do Projeto, no sentido de auxiliar os gestores na definição de estratégias bem sucedidas de incentivo à amamentação poderiam ser citadas, como a identificação do papel protetor dos Hospitais Amigos da Criança sobre a prática da amamentação exclusiva¹⁹ e a identificação da chupeta com um fator associado à interrupção da amamentação exclusiva⁵. Além dos resultados citados anteriormente, análise dos determinantes da

amamentação exclusiva em 111 municípios do Estado de São Paulo que realizaram o inquérito em 1999 mostrou que crianças residentes em municípios que desenvolvem ações de incentivo à amamentação (4-5 ações pró-amamentação implantadas) tiveram 2,4 vezes mais chance de AME (IC 95% 2,19-2,88) quando comparadas às crianças que residiam nos municípios em pior condição (0-3 ações), controlando o efeito de determinantes individuais¹⁷.

Em suma, o Projeto Amamentação e Municípios, além de gerar dados sobre a situação da amamentação no Estado de São Paulo, tem permitido também a identificação de seus determinantes e grupos mais vulneráveis ao desmame, possibilitando direcionar estratégias e ações a serem implementadas no nível local com vistas à expansão da prática da amamentação em nosso meio.

Mas, em que medida esses resultados vem sendo incorporados por gestores e profissionais de saúde? Embora não exista uma análise sistemática da incorporação dos resultados gerados pelo Projeto Amamentação e Municípios, alguns pontos falam a favor da validade da estratégia no tocante à utilização dos dados para o planejamento e avaliação de ações de amamentação no nível local.

O primeiro ponto a ser destacado é o interesse dos municípios, que se manteve durante todo o período de implementação do Projeto. Esse interesse é demonstrado pelos contatos constantes com o Instituto de Saúde, solicitando a participação nos treinamentos, discussão dos resultados das pesquisas e orientações e apoio para a implementação das ações de incentivo ao aleitamento materno.

Outro aspecto relevante reside no fato de que a maioria dos municípios participantes do Projeto adotou a estratégia para o monitoramento das práticas de alimentação infantil, por meio da repetição da pesquisa em diferentes intervalos de tempo. É interessante lembrar que, dada a alta rotatividade dos profissionais nos municípios e a necessidade de padronização dos procedimentos para a coleta de dados, todos os municípios, mesmo aqueles que já realizaram a pesquisa, são convidados a participar do treinamento no ano que irão realizar o inquérito. Isso permite constatar, nos treinamentos, que os municípios em geral planejam a repetição da pesquisa para avaliar em que medida as ações de incentivo à amamentação implantadas repercutem nos indicadores.

O interesse de municípios de outros estados pode ser considerado também um indicativo do potencial da proposta para a geração de resultados passíveis de incorporação. Nesse sentido, vale lembrar que a metodo-

logia do Projeto Amamentação e Municípios foi implantada nos estados da Paraíba, com apoio da OPAS, em 2002, e no Rio de Janeiro, desde 2006, através de uma parceria com a Secretaria Estadual de Saúde. Além disso, vários municípios de outros Estados brasileiros aderiram à proposta através de participação espontânea nos treinamentos oferecidos em São Paulo.

É importante ressaltar que o MS, desde 2007, incluiu a avaliação e monitoramento das práticas de aleitamento materno entre as ações estratégicas de promoção, proteção e apoio à amamentação. Nesse contexto, em 2008, o Ministério da Saúde realizou a II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno, em todas as capitais brasileiras e Distrito Federal, utilizando a mesma metodologia adotada no Projeto Amamentação e Municípios¹⁶. Assim, essa pesquisa diferiu da I Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno, realizada em 1999, em dois aspectos: 1) outros municípios, além das capitais, tiveram a oportunidade de participar, pois foram capacitados multiplicadores da proposta em todos os Estados, que realizaram os treinamentos para os demais municípios interessados (no total, foram envolvidos 227 municípios brasileiros⁹); 2) todos os municípios tiveram acesso a relatórios gerados pelo aplicativo informatizado, contendo os principais indicadores de AM propostos pela OMS, bem como a posse dos bancos de dados.

Tendo em vista a análise positiva do MS sobre a possibilidade de utilização dos resultados da pesquisa para planejamento e avaliação das políticas de AM, a partir das discussões realizadas com gestores estaduais e municipais em seminários e reuniões técnicas, propõe-se que essas pesquisas sejam realizadas no país a cada cinco anos.

Vale ainda lembrar que o Projeto possui um grande potencial de mobilização das equipes de saúde, alunos de escolas técnicas, de universidades da área da saúde e outros segmentos da sociedade, que participam voluntariamente da pesquisa aplicando as entrevistas nas filas de vacinação.

Considerações finais

A realização de pesquisas durante as campanhas de vacinação tem sido amplamente utilizada e recomendada no Brasil, por possibilitar a obtenção de informações em um curto período com um custo relativamente baixo¹³.

Em nosso País é crescente o interesse dos municípios na realização de pesquisas sobre práticas de aleitamento materno em campanhas de vacinação. Os levantamen-

tos epidemiológicos que utilizam essa metodologia têm se mostrado adequados para a análise da situação da amamentação nos municípios, devido à possibilidade de obtenção de dados representativos da população, em razão da alta cobertura populacional dessas campanhas. Segundo alguns autores, os indicadores obtidos a partir dessas pesquisas têm sido úteis para sensibilizar gestores municipais e profissionais de saúde sobre a necessidade de implementação de ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno^{3, 8, 10}.

O Projeto Amamentação e Municípios é uma estratégia inovadora para o monitoramento das práticas de alimentação infantil nos municípios e seu caráter inovador extrapola a utilização das campanhas de vacinação para realização da pesquisa. Trata-se de uma experiência de transferência de tecnologia para gestores municipais e profissionais de saúde, de forma ininterrupta desde 1998 e na promoção da autonomia dos municípios para a análise das informações.

Os municípios participantes do Projeto deixam, portanto, de ser “campo de pesquisa” e passam a ser parceiros do Instituto de Saúde, assumindo a coordenação local do processo e obtendo, por meio do aplicativo AMAMUNIC, as informações necessárias para o planejamento e avaliação das ações locais.

As grandes diferenças identificadas em relação às práticas de alimentação infantil nos municípios reforçam a necessidade de realização de inquéritos locais.

Referências

1. Almeida MF. O uso de informações em saúde na gestão de serviços. *Saúde Soc.* 1995;4(1):39-42.
2. Bodstein R. Atenção Básica na agenda de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2002;7(3):401-12.
3. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Manoel CM, Venâncio SI. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. *Rev Saúde Pública.* 1998;32(5):430-6.
4. Castro IRR, Engstrom EM, Cardoso LO, Damião JJ, Viana RVF, Gomes MASM. Tendência temporal da amamentação na cidade do Rio de Janeiro: 1996-2006. *Rev Saúde Pública* [periódico na internet]. 2009 [acesso em 7 jun 2010];43(6): 1021-1029. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000600014&lng=en&nrm=iso
5. Cotrim LC; Venancio SI; Escuder MML. Uso de chupetas e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2002;2(3):245-252.
6. Escuder MML; Venancio SI; Pereira JC. Estimativa do impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37(3):319-25.
7. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. Bellagio child survival study group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet.* 2003;362:65-71.
8. Kitoko PM, Réa MF, Venancio SI, Vasconcelos ACCP, Santos EKA, Monteiro CA. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. *Cad Saúde Pública.* 2000;16(4): 1111-19.
9. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal – Situação do Aleitamento Materno em 227 municípios brasileiros, 2010.[monografia na internet]. Local; ano de publicação [acesso em 30 set 2011]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_aleitamento_municipios_brasileiros.pdf
10. Parizoto GM, Parada CM, Venâncio SI, Carvalhaes MA. Trends and patterns of exclusive breastfeeding for under-6-month-old children. *J. Pediatr.* 2009;85(3):201-208.
11. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(Sup. 1):S37-S45.
12. Saldiva, SRDM, Escuder MM, Mondini L, Levy RB, Venancio SI. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. *J. Pediatr.* 2007;83(1):53-58.
13. Santos LMP, Paes-Sousa R, Silva Junior JB, Victora CG. National Immunization Day: a strategy to monitor health and nutrition indicators. *Bull World Health Org.* 2008;86:474-479.
14. Silva SM, Brunken GS, França GVA, Escuder MM, Venâncio SI. Evolução do aleitamento materno em uma capital da Região Centro-Oeste do Brasil entre 1999 e 2004. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(7):1539-1546.
15. Silva, NN. Amostragem probabilística: um curso introdutório. São Paulo: EDUSP; 1998.
16. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e distrito federal: situação atual e avanços. *J. Pediatr.* 2010;86:317-24.
17. Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutr.* 2006;9:40-6.
18. Venancio SI, Saldiva SRDM, Castro ALS, Gouveia AGC, Santana AC, Pinto JCC, Escuder MML. Projeto Amamentação e Municípios: a trajetória de implantação de uma estratégia para a avaliação e monitoramento das práticas de alimentação. *Bol Epidemiol Paulista.* 2010;7(83):4-15.
19. Venancio SI; Escuder MML; Kitoko P; Rea MF; Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(3):313-18.
20. Venancio SI; Saldiva SRDM, Mondini L; Levy RB; Escuder MML. Early interruption of exclusive breastfeeding and associated factors, state of São Paulo, Brazil. *J Hum Lact.* 2008;24(2):168-76.
21. Victora C; Barros FC. A questão da sobrevivência infantil no mundo e sua relevância para as Américas. *Cad Escol Saúde Publica.* 2005; 24(2): 235-246.
22. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington, D.C. Washington(DC); 2008.

A arte da regulação na Secretaria Municipal de Saúde de Embu das Artes (Lições aprendidas)

The Art of Regulation in the Local Health Department of Embu das Artes (Learned lessons)

Luiza Sterman Heimann^I, Lauro Cesar Ibanhes^{II}, Iracema Ester do Nascimento Castro^{III}, Carlos Tato Cortizo^{IV}, Fausto Souza Martino^V, Larissa Soares Guaitoli^{VI}, Flávia Carotta^{VII}

Resumo

Este artigo tem por objetivo analisar o processo de implantação da regulação no município de Embu das Artes durante o ano de 2010, no marco da parceria entre o IS e a Secretaria Municipal de Saúde, que desde 2009 desenvolvem projetos que respondem a necessidades de melhoria na atenção e gestão do SUS, na perspectiva da produção e incorporação do conhecimento.

Para o ano de 2010, os gestores municipais identificaram como problema de gestão a regulação e a necessária informação para tomada de decisão, ou seja, identificar e analisar instrumentos, serviços, ações e atividades de regulação desenvolvidas, que, ao serem apreendidos como objeto de investigação, podem contribuir para a melhoria do planejamento e da organização do sistema municipal de saúde.

Para apreender aspectos da função regulatória e as condições e organização da marcação de consultas, além de análise documental, foram realizadas entrevistas com agentes reguladores, diretores das unidades de saúde e equipe reguladora do nível central. Foram avaliados aspectos estruturais como espaço físico, recursos materiais e força de trabalho; processos de trabalho, acesso aos serviços e fluxos. Os resultados, dos quais esta reflexão conjunta é um produto, são mostrados sob a forma de dificuldades e vantagens e lições aprendidas.

Palavras-chave: Regulação, Gestão e Planejamento

Abstract

This article aims to analyze the process of implantation of a regulatory mark at the city of Embu das Artes, in 2010, between the IS and the Municipal Health Department, which, since 2009, develop projects to answer to the improvement necessities in assistance and management of the Brazilian Public Health System (SUS), with a view to produce and incorporate knowledge.

To the year of 2010, the local managers identified as a management problem the regulation and the need of information to the decision make process, or rather, the need to identify and analyze tools, services, actions and regulatory activities, which, taken as an object of investigation, may contribute to the improvement of the planning and the organization of the local health system.

In order to apprehend aspects of the regulatory function and the conditions and organization of the medical appointments schedule, documental analysis has been carried out, besides interviews with regulators agents, unit health managers and a regulatory team of the central level. Structural aspects have been analyzed, such as, physical space, material resources and workforce; workflows, access to services and processes of work. These findings, among which this collective reflection is a result, are presented under the form of difficulties and advantages and learned lessons.

Keywords: Regulation, Management and Planning

^ILuiza Sterman Heimann (dirgeral@isaude.sp.gov.br) é médica sanitária, mestre em Saúde Pública pela Universidade Harvard (EUA) e em Saúde Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). É diretora de Departamento Técnico de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

^{II}Lauro Cesar Ibanhes (lauro@isaude.sp.gov.br) é psicólogo, mestre em Ciências Sociais pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). É pesquisador do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

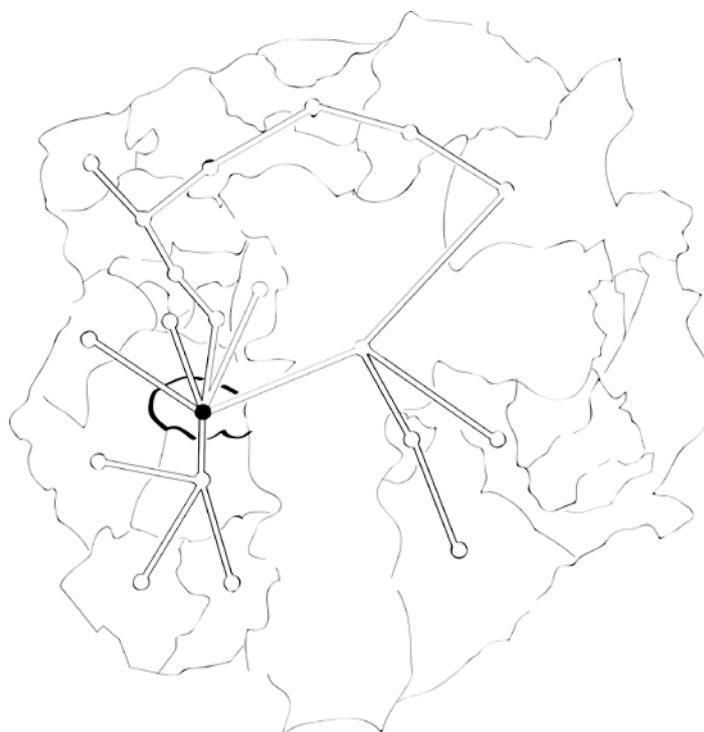
^{III}Iracema Ester do Nascimento Castro (iracema@isaude.sp.gov.br) é médica sanitária, especialista em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). É pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

^{IV}Carlos Tato Cortizo (tato@isaude.sp.gov.br) é tecnólogo, mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e assistente técnico de Pesquisa Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

^VFausto Souza Martino (faustosmt@gmail.com) é cirurgião-dentista, mestre em Ciências Odontológicas, Área de Concentração Odontologia Social pela Universidade de São Paulo (USP), especialista em Odontologia em Saúde Coletiva pela USP e em Saúde da Família pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). É coordenador de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Embu das Artes

^{VI}Larissa Soares Guaitoli (laguaitoli@gmail.com) é psicóloga, especialista em Gestão Pública em Saúde pela Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Técnica da regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Embu das Artes

^{VII}Flávia Carotta (flaviacarotta@yahoo.com.br) é fonoaudióloga, mestre em Distúrbios da Comunicação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e especialista em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). É coordenadora do Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Embu das Artes



Introdução

O enfrentamento dos problemas de saúde no SUS exige a organização de ações relacionadas às práticas de atenção à saúde e de gestão do sistema. Estas são compartilhadas por gestores municipais, estaduais e federal, que têm suas atribuições e competências definidas e pactuadas, nos termos da legislação em vigor.

Estudos anteriores evidenciam que a capacidade gestora dos municípios varia em grande medida de acordo com sua história sanitária^{6,7}. Diante da situação heterogênea do país, e de sua diversidade e especificidades locais-regionais, atualmente é o Pacto de Gestão do SUS a norma que orienta a operacionalização do sistema. Este tem como dimensões centrais: a descentralização, a regionalização, o financiamento, o planejamento, a Programação Pactuada e Integrada, a regulação da Atenção à Saúde, a participação e controle social e a gestão do trabalho.

No estado de São Paulo, o Pacto foi implementado a partir do ano de 2007, por meio de processo participativo que envolveu as três esferas de governo, abrangendo todos os Departamentos Regionais de Saúde da SES/SP e a maioria dos municípios. O processo culminou com a assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão Estadual e Municipais, a constituição de sessenta e quatro Colegiados de Gestão Regionais (CGR) e a elaboração dos Planos de Desenvolvimento Regional e Diretor de Investimentos.

Esse processo exigiu - e exige - que a esfera municipal, para o cumprimento de suas responsabilidades, desenvolvesse novas capacidades para as quais nem sempre está preparada.

Por sua vez, a SES-SP, para o cumprimento de sua função de apoio técnico aos gestores municipais, conta em sua estrutura com o Instituto de Saúde (IS). Este tem como missão produzir conhecimento científico e tecnológico no campo da Saúde Coletiva, prestar assessoria técnica e colaborar com a formação de recursos humanos.

Nesse sentido, construiu-se uma parceria entre o IS e a Secretaria Municipal de Saúde de Embu das Artes, desde o ano de 2009, para desenvolvimento de projetos que respondam a necessidades de melhoria na atenção e gestão do SUS neste município, na perspectiva da produção e incorporação do conhecimento gerado.

Para o ano de 2010, os gestores municipais identificaram como problema de gestão o tema da *regulação* e a necessária informação para a tomada de decisão que, ao serem apreendidos como objeto de investigação, podem contribuir para a melhoria do planejamento e da organização do sistema municipal de saúde.

O sistema de regulação em saúde no âmbito municipal

A discussão sobre regulação tem aumentado nas últimas décadas, relacionada a diferentes espaços do conhecimento, incluindo a saúde, tendo adquirido vários

significados e permitido diversas abordagens. Na área da saúde, ganha especial relevância quando se sabe que, dentre os objetivos centrais do sistema de saúde, se encontram a garantia de acesso universal, a integridade da atenção e a equidade^{1,9}.

Nos documentos do Ministério da Saúde, a regulação em saúde é conceituada como um conjunto de ações que visa a articular as demandas dos usuários e seu acesso aos serviços de saúde, traduzindo-se em fluxos, protocolos assistenciais, centrais de leitos, centrais de consultas e exames, além dos processos de trabalhos correspondentes.

Na concepção ampliada de regulação no setor saúde, além da fiscalização e controle, as funções de regulação incorporam-se necessariamente à condução política, à análise da situação, ao planejamento e à comunicação^{2,3}. Sendo assim, a regulação constitui-se como uma estratégia em interface com o planejamento, buscando garantir a assistência integral aos usuários do SUS, isto é, um dos instrumentos de gestão que viabiliza o ordenamento da relação dos usuários com os prestadores de saúde.

Na dimensão da assistência à saúde, a regulação procura ajustar a oferta à necessidade do usuário, de forma imparcial, ordenada e oportuna, e será efetivada por meio de complexos reguladores que reúnam unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos, dentre outros.

Do ponto de vista do acesso, regulação compreende o estabelecimento de meios para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime, por meio da definição de um conjunto de ações e instrumentos para adequar a oferta às necessidades de saúde, garantindo o acesso com qualidade e resolubilidade em todos os níveis de atenção à saúde.

A regulação dos prestadores de serviços deve ser feita, preferencialmente, pelo Município. Em estudo realizado anteriormente, vimos que o gestor municipal, apesar de avanços: “olha para dentro do sistema de saúde, mirando apenas os serviços e os próprios da sua rede (...)”. Torna-se, assim, imensamente dependente de: “articulações políticas com o gestor estadual em relação à oferta e ao acesso a procedimentos de média e alta complexidade, enfim na conformação da rede de serviços.”⁸ Nesse sentido, avaliar as ações de regulação empreendidas pelo município pode contribuir para a formulação e a realização da política de saúde municipal.

O Plano Municipal de Saúde de Embu das Artes 2010-2013⁴, em seu eixo de número 5, estabelece como um de seus objetivos implementar a regulação através da criação da central de regulação. Isso se daria, também, por meio da implantação de protocolos de acesso a consultas e exames especializados; da implantação de sistema informatizado de agendamento de consultas e exames especializados e da promoção de capacitações e discussões de protocolos com as equipes das unidades.

O projeto

Da parceria entre o IS e a Secretaria Municipal de Saúde de Embu das Artes, para o ano de 2010, uma vez identificado o tema da regulação e a necessária informação para a tomada de decisão como objeto de investigação, o projeto teve como objetivo identificar e analisar instrumentos; serviços; ações e atividades de regulação desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Embu das Artes.

A equipe do projeto foi composta por pesquisadores do Núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde (NSSS) do IS, por aprimorandos do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do IS e de interlocutores da SMS Embu das Artes, principalmente com a coordenadora da área de planejamento e a equipe responsável pelo complexo regulador do município, no decorrer do ano de 2010.

Na fase de formulação do projeto, ocorreram reuniões sistemáticas da equipe como um todo para a definição do problema e objetivos. O desenho metodológico foi realizado pela equipe de pesquisadores do NSSS. Constou de levantamento documental, entrevistas com os gerentes e agentes reguladores das unidades básicas de saúde e com os técnicos da regulação do nível central da SMS Embu das Artes, além de observação de processos de trabalho.

Para realização das entrevistas foram elaborados três tipos de questionários destinados a distintos sujeitos, a saber: i) agente regulador das UBSs; ii) gerente de UBS e iii) gerente e técnicos do Complexo Regulador. Para a observação das atividades, foi elaborado roteiro específico. Estes instrumentos, a escolha dos sujeitos e a forma de aplicação foram definidos em conjunto com a equipe do nível central do município, responsável por esta área e pré-testado no Instituto de Saúde. A coleta de dados ocorreu no

período de janeiro e fevereiro de 2011, em treze das catorze unidades de saúde existentes no município.

O plano de análise utilizou técnicas de análise de discurso para o material documental e de análise de frequência dos dados coletados nas entrevistas.

Resultados

A Regulação juntamente com os setores de Auditoria, Núcleo de Informação de Saúde e Unidade de Avaliação e Controle compõem a área de Planejamento do município. Segundo a SMS de Embu das Artes, a Central de Regulação é definida como a estrutura que compreende toda a ação e meio do processo regulatório. Em suma, é o local que recebe as solicitações, avalia, processa e agenda consultas e exames, garantindo o atendimento de forma ágil e qualificada aos usuários do sistema de saúde, a partir do conhecimento da capacidade instalada e produção das unidades prestadoras de serviços.

As atribuições da Central de Regulação são: regulação dos exames de média e alta complexidade solicitados no município; autorização dos exames de média e alta complexidade; controle da quantidade física/financeira dos exames de média complexidade, agendados e realizados pelos prestadores de saúde do SUS - Municipal; implantação de protocolos clínicos de assistência elaborados conjuntamente com os articuladores dos programas de atenção à saúde; regulação dos exames e procedimentos realizados no Hospital Geral de Pirajuçara (HGP), referência sob gestão estadual; regulação dos exames, cirurgias e procedimentos pactuados para as regiões de saúde, através da Programação Pactuada Integrada - PPI; monitoramento e avaliação da demanda reprimida da Atenção Básica da rede municipal; suporte técnico-administrativo para os funcionários reguladores das unidades de saúde do município; execução de treinamento, capacitação e suporte para os funcionários reguladores das unidades de saúde do município; suporte técnico-administrativo e atendimento para os funcionários reguladores das unidades de saúde que compõem as regionais de saúde pactuadas pela PPI e os prestadores e serviços conveniados ao SUS municipal.

As atividades desenvolvidas pela central estão organizadas em rotinas diárias, semanais e mensais e incluem a avaliação diária da planilha de controle de todos os encaminhamentos que chegam à SMS; o envio de malote para DRS-1 e Hospital Geral de Pirajuçara (HGP) das especialidades sem cotas definidas; a

recepção de vagas dos prestadores; a distribuição das vagas para as unidades segundo cotas que consideram demanda e população adstrita e digitação das vagas do HGP em sistema próprio do hospital⁵.

Atualmente, o complexo regulador conta com nove integrantes no nível central (SMS) e mais outros 14 funcionários alocados em cada uma das Unidades Básicas de Saúde do município. A central administra a distribuição de vagas de 35 especialidades clínicas e cirúrgicas e 15 de exames complementares.

Entre os estabelecimentos executantes estão cinco unidades municipais, o Hospital Geral de Pirajuçara, o Hospital Regional de Osasco e outros cujas vagas são intermediadas pelo sistema de referência do Departamento Regional de Saúde. Os estabelecimentos solicitantes são as 14 unidades básicas de saúde.

Para apreender aspectos gerais da função regulatória e as condições e organização da marcação de consultas executada nas unidades de saúde do município, foram realizadas entrevistas com os agentes reguladores, diretores das unidades de saúde e equipe reguladora do nível central, entre janeiro e fevereiro de 2011. Foram avaliados aspectos estruturais como espaço físico, recursos materiais e força de trabalho; processos de trabalho, acesso aos serviços e fluxos.

Condições materiais de trabalho

Com relação ao espaço físico disponível para as atividades da regulação, a maioria dos agentes reguladores considerou o lugar de trabalho inadequado e apontou como motivos a falta de espaço, a distância em relação à recepção, a ausência de local específico e ainda o fato de a unidade estar, na ocasião, passando por reforma das instalações. Entre os gerentes, 54% também avaliaram o espaço da regulação de suas unidades como inadequado, apresentando as mesmas razões.

Em relação aos recursos materiais, na maioria das unidades pesquisadas os agentes reguladores referiram ter computadores para suas atividades diárias. Em 38% delas este uso é exclusivo, sendo que nas demais o uso deste equipamento é compartilhado com outros setores.

Para a grande maioria dos entrevistados a conservação dos equipamentos recebe manutenção corretiva do nível central de forma ágil e satisfatória.

Em relação à conexão com a internet para a distribuição de vagas disponibilizadas pela SMS, 84% dos agentes reguladores referiram dispor de serviços ligados a

internet com conexão estável. Isto indica que grande parte das unidades reúne as condições adequadas de recursos operacionais para o sistema informatizado da regulação, isto é, tem computador, em boas condições de funcionamento e internet com conexão estável.

Outros equipamentos e instrumentos que auxiliam neste processo - tais como fax, telefone, malote e impressora - são utilizados na maioria das unidades, exceto em uma, que utiliza apenas o malote.

O processo de trabalho

Quanto ao horário de funcionamento do setor da regulação para atendimento ao público, observou-se que em 70% das unidades o período é integral. E em relação à força de trabalho, ela foi considerada suficiente, em termos numéricos.

Nas entrevistas com os agentes reguladores, 77% referiram exercer outras atividades na unidade de saúde, tendo participação nos setores de recepção, administração e farmácia. A maioria dos gerentes informou ter funcionários exclusivos para a regulação, serviço este disponível em período integral nas unidades, conforme se apurou no horário de funcionamento.

Com relação ao tempo de exercício na função de agente regulador, 54% está nesta atividade há, no mínimo, seis meses até dois anos, enquanto 38% se encontram na função há mais de dois anos. Relataram também ser capacitados pelo nível central da SMS e todos recebem apoio técnico adequado. Sobre esta questão, a maioria dos gerentes considerou suficiente a capacitação recebida por seus funcionários.

Estes resultados mostram que houve um efetivo esforço da gestão municipal para o cumprimento das metas estabelecidas em seu Plano de Saúde e a realização das atividades de regulação, quais sejam: criação da central de regulação; implantação do sistema informatizado de agendamento de consultas e exames especializados, além de promover a capacitação das equipes das unidades.

Organização do trabalho da regulação:

Acesso

De acordo com os agentes reguladores, os pacientes que necessitam de vagas de especialidades são encaminhados por meio de instrumentos diversos, tais como: livro de registro por especialidade, ficha-perfil, guias de consulta para a recepção e/ou ligação telefônica.

Os dados evidenciaram que não há uniformidade entre as unidades de como e por meio de quais instrumentos se registra a referência, observando-se unidades de saúde onde são utilizados diferentes modos de registrar o agendamento, inclusive dois tipos de registro simultâneos. Em 77% das unidades é utilizado ficha-perfil; em 38% registram em planilha eletrônica; em 23% em livro de registro e em 7%, ou seja, uma unidade, é utilizado agenda médica. O encaminhamento é registrado em todas as unidades utilizando os diversos instrumentos relatados anteriormente e organizado por especialidade. O sistema informatizado utilizado para a regulação é o CONEXA, atualmente denominado CROSS e o comprovante de agendamento é empregado por todas as unidades.

As especialidades com maior demanda e tempo de espera, segundo os agentes reguladores e gerentes eram: neurologia (mais de um ano); angiologia (6 a 9 meses); endocrinologia (3 a 4 meses); urologia (1 a 4 meses); ortopedia (15 dias a 4 meses); psiquiatria (3 meses); dermatologia, cardiologia, reumatologia (até 2 meses) e otorrinolaringologia e oftalmologia (sem espera a até 1 mês).

Houve concordância nos dados sobre especialidades mais procuradas e o tempo estimado para o agendamento entre os entrevistados, o que parece sugerir uma troca de informações rotineiras entre agentes reguladores e gerentes sobre os serviços da unidade.

Fluxos

Para análise do fluxo da referência além do tempo de espera, buscou-se verificar quais os critérios aplicados na unidade para regular a demanda e priorizar o agendamento. Para regular a demanda 85% das unidades pesquisadas citaram como critérios: protocolos, urgência, critério médico, fila de espera, distribuição de senhas, verificação de documentos, preenchimento correto da solicitação e pertencimento ao território.

A priorização do agendamento é feita na maioria dos casos por critérios de urgência médica; gravidade do caso; risco do paciente e exames com resultados alterados.

Em relação ao não comparecimento às consultas agendadas, os motivos alegados com maior frequência pelos pacientes, segundo os agentes reguladores foram: esquecimento; falta de dinheiro; tempo de espera; grande distância em relação ao local de atendimento; compatibilidade com o horário de trabalho; falta de condução.

Quanto ao conhecimento dos demais funcionários da unidade sobre as atividades da regulação, os agentes relataram, na maioria das unidades, pouco conhecimento sobre a mesma, que acaba se restringindo basicamente a quem desempenha a função de regulador. Todos os gerentes relataram que os funcionários de suas respectivas unidades estavam informados sobre o trabalho da regulação. A disparidade de informação está relacionada, provavelmente, ao grau de conhecimento e expectativa que cada um dos grupos tem em relação aos demais trabalhadores.

Informação para ação

Os dados produzidos são analisados mensalmente pelo agente regulador, pelo gerente da unidade e pelo nível central da secretaria. As informações sobre demanda reprimida, tempo de espera e absenteísmo são àquelas mais frequentemente utilizadas. A maioria dos gerentes informou analisar os dados da regulação para: avaliar a demanda reprimida, observar as prioridades e demandas por especialidade; informar aos pacientes; estabelecer critérios na distribuição de especialidade; apresentar os dados na reunião do conselho da unidade e discutir com a equipe casos de pacientes faltosos (particularmente gestantes de risco) e avaliação de situação de saúde.

Dificuldades e vantagens

Os benefícios e vantagens que o setor de regulação trouxe para a unidade foram: a descentralização do agendamento; a diminuição do absenteísmo; a redução do tempo de espera para exames; o aumento da agilidade dos encaminhamentos; a melhora da organização dos serviços com conseqüente ampliação do acesso; melhora do atendimento com maior satisfação dos usuários e resolutividade.

Os principais obstáculos e dificuldades apontados para o bom funcionamento da regulação na unidade foram: espaço físico; pequena oferta de vagas em algumas especialidades; ausência de contra referência; equipamentos de informática; falta de capacitação do pessoal; insuficiência de pessoal e questões relacionadas ao fluxo de comunicação.

Acredita-se ser possível enfrentar algumas das dificuldades apontadas pelos operadores do sistema municipal de regulação, investindo em recursos tecnológicos para permitir uma adequada comunica-

ção, realizando processos de avaliação do trabalho, a partir da escuta dos envolvidos. Há, ainda, a necessidade de rever protocolos e fortalecer a articulação com os gestores regionais, visando à referência e contra-referência. A avaliação sistemática dos processos de regulação, ora em curso, é importante para que as intervenções propostas resultem na melhoria das condições da saúde da população. Os problemas encontrados revelam as dificuldades próprias do processo de implantação do SUS, tais como ausência de serviços em número suficiente para atender a demanda ou limitação quanto aos recursos financeiros.

Lições aprendidas

O desenvolvimento do projeto tal qual foi apresentado anteriormente permitiu que, através dos seus resultados, fossem gerados, pela relação teoria e trabalho de campo, novos conhecimentos na forma de produtos que atendessem diferentes necessidades dos envolvidos neste processo.

A elaboração do relatório de conclusão do projeto de pesquisa por parte da turma de aprimorandos de 2010, e sua posterior apresentação e discussão para o conjunto de pesquisadores do IS e para os gestores do nível central e dirigentes das UBSs de SMS de Embu das Artes, foi um deles, dado que se consolidou como um marco diante de novas possibilidades e desafios tanto para a pesquisa como para a gestão municipal.

Para os pesquisadores do NSSS, a participação conjunta na formulação, na execução e na elaboração do projeto de pesquisa gerou novo conhecimento e aprendizado, sistematizados no relatório de conclusão. Em suma, a experiência permitiu ampla inserção e avanço teórico-prático, além de sua difusão através de eventos técnico-científicos e publicação na forma deste artigo, por exemplo.

Para a equipe do município, ao participar das várias fases do projeto, da formulação e da análise dos dados do projeto em reuniões de trabalho conjunto, ampliou a possibilidade de que o conhecimento produzido durante todo o processo subsidiasse sua incorporação na gestão e novas intervenções na organização dos serviços de regulação. Exemplos disso foram: concentração de especialidades municipais em dois serviços e não mais em cinco; melhor fluxo de comunicação entre os trabalhadores das unidades; discussão sobre qualidade dos encaminhamentos e uso das vagas de especialidades.

A equipe também avaliou como positiva a participação dos serviços na realização da pesquisa na medida em que criou condições de espaço e tempo para a reflexão sobre a própria prática.

Atualmente o complexo regulador da SMS encontra-se em processo de construção e aperfeiçoamento dos espaços de atuação, proveniente de alterações no cenário do governo municipal, bem como mudanças de seus gestores e métodos gerenciais. Estes, por sua vez, contribuiram para novas perspectivas de trabalho que objetivam a melhoria da qualidade e a eficiência da gestão e, conseqüentemente, o aperfeiçoamento, a consolidação e qualificação da gestão do SUS⁴.

Isto posto, queremos ressaltar que a pesquisa em serviços e com os serviços pode contribuir para importantes avanços, que, aliados à ação política mais geral, podem melhor fundamentar os embates e a negociação por mudanças na gestão, com a implantação de novo modelo de atenção e organização dos serviços.

Referências

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde: livro 10. Brasília (DF); 2007.
2. Ministério da Saúde, Secretaria da Assistência à Saúde. Regulação no setor de saúde: em direção aos seus fundamentos públicos. Brasília (DF); 2004.
3. Ministério da Saúde, Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão. Brasília; 2006. (Série A. Normas e manuais técnicos).
4. Embu. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. (mimeo).
5. Embu. Documento sobre Regulação. 2010. (mimeo).
6. Heimann LS, Cortizo CT, Castro IEN, Kayano J, Rocha JL, Nascimento PR et al. Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos; 2000.
7. Heimann LS, Carvalheiro JR; Donato A, Ibanhes LC, Lobo EF, Pessoto UC O município e a saúde. São Paulo: HUCITEC; 1992.
8. Ibanhes LC, Heimann LS, Junqueira V, Boaretto RC, Pessoto UC, Cortizo CT et al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2007 [acesso em 30 jan 2012]; 23(3):575-584. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/16.pdf>
9. Nascimento AFM, Damasceno AK, Silva MJ da, Silva MVS da, Feitoza AR. Regulação em Saúde: aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. Cogitare Enferm. 2009;14(2): 346-52.

A Saúde e as Ações Intersectoriais no município de Embu das Artes

Health and the Intersectorial Actions in the Municipality of Embu das Artes

Roberta Cristina Boaretto^I, Emílio Telesi Júnior^{II},
Manuela de Resende B. R. Pucci^{III}, Joyce Bernardo^{IV}

Resumo

As formas hegemônicas de enfrentamento dos complexos problemas em saúde se mostraram ao longo do tempo insuficientes e, neste contexto, a intersectorialidade surge como alternativa para a superação deste modelo fragmentado, propondo a articulação de saberes, vontades e setores sociais diversos como resposta às demandas da população. Partindo desta nova lógica para a gestão nos municípios, a pesquisa tem como objetivo a identificação e reflexão acerca das ações intersectoriais existentes no município de Embu, visando a redução da mortalidade infantil e seus determinantes. Para a discussão sobre o desafio da intersectorialidade, faz-se necessária a abordagem de temas que estão diretamente interconectados na teia de gestão em saúde como equidade, qualidade de vida, participação social e promoção de saúde, que, por sua vez, pode se apresentar sob diversas óticas de compreensão – desde seu entendimento conceitual às práticas desenvolvidas. Parte-se aqui da compreensão de que a redução dos óbitos infantis poderá ser atingida como reflexo de uma adequada e potencializadora articulação intersectorial.

Palavras-chave: Planejamento Urbano, Promoção da Saúde, Ações Integradas, Intersectorialidade, Política Social

Abstract

The hegemonic ways of dealing with the complex health problems have not been, throughout time, satisfying and, in this context, the intersectoriality comes up as an alternative to overcome the fragmented model, and can provide the articulation of knowledge, intentions and different social sectors as an answer to the population demands. Based on this new logic for local management, the research has the aim to identify and to reflect about the intersectorial actions carried out in the city of Embu with a view to reduce infant mortality and its determinants. In order to discuss the challenge of intersectoriality, we see as necessary the approach of themes which are directly interconnected to the net of health management, such as equity, quality of life, social promotion and health care promotion, which, in turn, may be presented under different views of comprehension – from its conceptual understanding to the developed practices. We start from the understanding that the reductions of infant deaths may be reached as a reflex of a proper and potentialized intersectorial articulation.

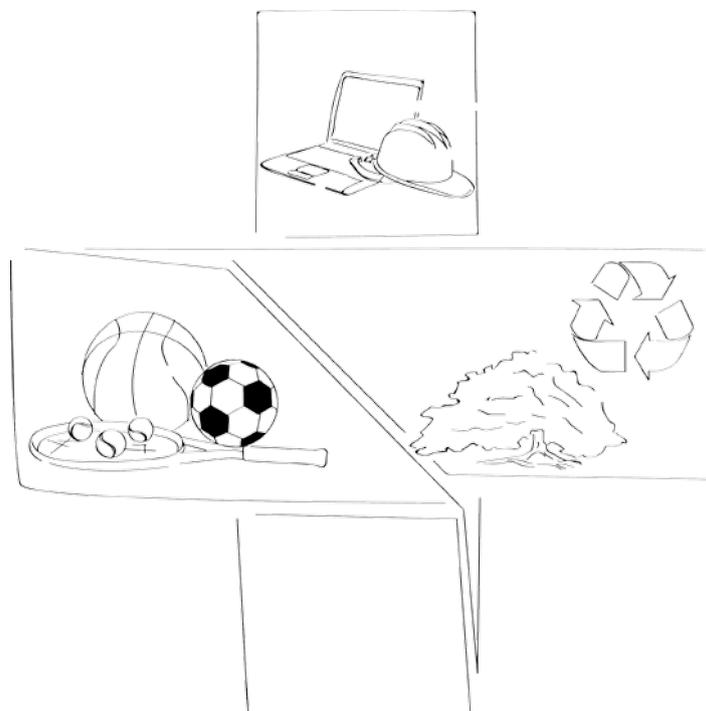
Keywords: Urban Planning, Health Promotion, Integrated Actions, Intersectionality, Social Policy

^IRoberta Cristina Boaretto (robertaboaretto@gmail.com) é psicóloga, Faculdade de Medicina do ABC

^{II}Emílio Telesi Júnior (emiliojr@usp.br) é médico sanitário, Instituto de Saúde e Faculdade de Medicina de Jundiaí

^{III}Manuela de Resende B. R. Pucci (manuelapucci@gmail.com) é psicóloga, especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde

^{IV}Joyce Bernardo (jororob@gmail.com) é enfermeira, especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde



Introdução

Este artigo apresenta resultados parciais de um projeto de pesquisa realizado no município de Embu. Uma visão ampliada sobre saúde está condicionada a recursos múltiplos, presentes nos mais diversos aspectos da vida como habitação, alimentação, renda, educação, saneamento básico, lazer, justiça social e equidade. Diversos autores têm estudado a importância das ações intersetoriais e suas repercussões nas condições de vida e saúde. Inojosa e Junqueira⁵ relatam como experiências de gestão municipal da saúde advindas com o processo de descentralização demonstraram que “(...) o controle ou a superação de fatores que implicam riscos ou agravos à saúde da população estão fora do âmbito de governabilidade da área da saúde ou exigem uma atuação conjunta com outras áreas”. E assim, tais experiências “(...) revelaram a impossibilidade de resolução dos problemas da população com uma atuação setorial e desarticulada”.

As formas hegemônicas de intervenção no setor saúde esgotaram-se, denunciaram seus limites diante da complexidade da realidade social para dar conta dos problemas de saúde, das iniquidades sociais e da falta de integralidade da atenção à saúde, levando grupos preocupados com os problemas e necessidades sociais da maioria da população a buscar novas formas, estratégias e articulações como resposta⁴.

O Sistema Único de Saúde tem em si caráter intersetorial, uma vez que a concepção de saúde que o informa não se limita a saberes ou campos específicos. No entanto, a experiência mostra que, na prática, as ações ainda se dão intrasetorialmente ou, quando a intersetorialidade acontece, é de forma pontual e não contínua.

A pesquisa

O objetivo desta pesquisa foi identificar ações intersetoriais do município de Embu e refletir sobre possíveis impactos na redução da mortalidade infantil.

Como material e método, além da revisão de literatura a respeito do trabalho intersetorial, foram realizadas visitas e observações de campo no município, a partir das quais se desenvolveu um diário de campo; entrevistas semi-estruturadas com atores-chave; participações em eventos significativos para a investigação proposta; reuniões com atores-chave envolvidos nas ações intersetoriais e levantamento documental do município.

Os resultados obtidos a partir da revisão da literatura e análises de todo o material coletado mostrou os mecanismos de continuidade das ações e seus possíveis reflexos na redução da mortalidade infantil.

Rabello⁹ enfatiza a diversidade teórico-prática existente no campo de promoção da saúde^{1, 2, 3}. A pró-

pria idéia de saúde é rica e controversa, traduzindo diversas visões de mundo, sociedade e diferentes filosofias políticas. Assim, é necessária uma discussão filosófica dos pressupostos básicos da promoção que direcionem as práticas.

A discussão teórica é de suma importância para o fornecimento, como coloca Rabello⁹, de um mapa acessível aos profissionais, promovendo consciência política em suas escolhas. Nesse “mapa da promoção” entendemos que se encontram a intersectorialidade, a educação em saúde, a equidade e a participação social. A reflexão sobre o conceito de promoção que é empregado, a discussão sobre a visão de sociedade e concepção de saúde subjacentes a esta, vêm como proposta contrária aos modismos das práticas e não apropriação dos processos pelos agentes no campo da saúde, da gestão ao serviço e seus interlocutores – numa perspectiva intersectorial. Afinal, mesmo que os promotores de saúde não estejam conscientes, estão, de alguma forma, seguindo uma filosofia política ou, de qualquer forma, agindo politicamente.

Diante da existência de preferências e preconceitos, diretrizes, objetivos e métodos preconcebidos, como na promoção de saúde – calcada em valores humanos de algum tipo –, há sempre possibilidade de contestação e necessidade de justificativa. Além disso, a população nem sempre legitima ações implementadas ou não participa de um debate amplo e informado sobre as estratégias de que é alvo – sobre as próprias políticas públicas, que correm o risco, na ausência de uma fundamentação teórica, de tornarem-se meros acordos superficiais. Enfim, a falta de respaldo teórico facilita uma defesa da promoção muito pessoal e dificulta a análise comparativa da efetividade, da política e da ética das várias formas de seu exercício⁹.

A menor distinção, como se observou na prática e na revisão bibliográfica, na formulação de políticas, na revisão bibliográfica se dá entre promoção e prevenção em saúde. Lefevre & Lefevre⁷ fazem questão de distinguir os movimentos de prevenção e promoção, esclarecendo que a primeira está associada ao paradigma fatalista da doença, enquanto a segunda representa uma mudança de paradigma, concebendo e enfrentando a doença como um tipo de sintoma dos grandes desarranjos urbano, produtivo, ecológico-ambiental, propriamente humano.

Afinal, “a qualidade de vida demanda uma visão integrada dos problemas sociais (...)” e “(...) a ação intersectorial surge como uma nova possibilidade para resolver os problemas que incidem sobre uma população em um determinado território”⁶. Essa perspectiva aponta para uma visão integrada tanto dos problemas sociais como para a solução dos mesmos.

E ainda, na garantia de um acesso igual pelos desiguais – princípio da equidade – Junqueira⁶ assinala que a intersectorialidade rompe com o paradigma vigente do aparato governamental, representando uma nova concepção que delinea novas maneiras de planejar, executar e controlar a prestação de serviços.

Apesar de estar na pauta discursiva na arena política nacional e internacional e sugerir uma prática inovadora para a abordagem e enfrentamento de problemas complexos das populações, em muitos casos a intersectorialidade simplesmente mantém estruturas governamentais e continua refletindo a fragmentação dos processos e a não consideração integral do cidadão.

Dessa forma, a intersectorialidade *conservadora* institucionalmente provoca pouca ou nenhuma mudança e, conforme ressalta Junqueira⁶, nessa lógica cada setor ou política social continua a encaminhar a seu modo uma solução para o problema em evidência, desconsiderando o cidadão na sua totalidade e as ações dos outros setores, que igualmente buscam a melhoria da qualidade de vida. O autor sugere o termo *transsectorialidade* para tratar da concepção e prática que promove de fato uma mudança no aparato governamental e segue uma lógica de atuação baseada na população, considerando suas formas e condições peculiares de organização. Nesta pesquisa adotamos o conceito de intersectorialidade transformadora, como “(...) as prioridades não são setoriais, mas definidas tendo-se por base problemas da população, cujo equacionamento envolve ações integradas de vários setores”⁵. Os autores esclarecem que a implantação dessa nova lógica no aparato governamental, no entanto, requer decisão política, pois implica romper com o velho padrão que reflete uma determinada estrutura de poder.

A exigência trazida com o projeto transformador da intersectorialidade é a de uma nova forma de “(...) planejar, realizar e controlar serviços, o que significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental, que muitas

vezes possuem percepções e interesses diferentes”⁵. Mesmo que exista a percepção da ineficiência da lógica e prática predominantes, a mudança envolve questões de poder e ruptura de valores culturais. A cultura é refletida nas normas sociais e regras que pautam as ações dos grupos e organizações. Assim, para mudar é necessária “(...) a apreensão da cultura com base em aspectos rotineiros das práticas diárias (...)”⁶ e, além disso, a mudança passa pelo funcionamento de grupos exteriores às organizações e de lideranças que emergem desse processo.

Nessa lógica, os aparelhos não se limitam à sua perspectiva original: a escola não fica circunscrita somente ao ensino, preocupando-se, por exemplo, em identificar outras necessidades da criança, o serviço de saúde não se confina à ação preventiva ou atendimento de intercorrência, interessando-se, por exemplo, pelo acesso da criança a condições que lhe permitam a interação ao grupo social. Dessa forma, se constrói uma rede articulada de parcerias, na qual os elementos se interpenetram, no sentido inverso ao tradicional: da periferia do sistema para o nível central⁶.

Esta proposta de inversão condiz com o princípio da descentralização e estabelece uma nova teia de relações. A lógica intersetorial não é facilmente assimilada por todos os níveis de poder e setores, ou porque conceitualmente discordam, ou porque dá abertura a diversas interpretações e abordagens, ou ainda pelas contradições presentes entre concepção e forma de atuação e articulação das estruturas governamentais. A atual prática fragmentada das organizações públicas inviabiliza o projeto intersetorial e as ações integradas. A articulação não deve se dar apenas no nível central e requer articulação dos saberes que garantem atendimento à população. No entanto, é preciso conduzir esses múltiplos saberes a uma atuação articulada. A rede não é somente a construção de uma realidade de vínculos, é uma maneira de analisar e entender a realidade social, por isso dela pode resultar um saber intersetorial, ou ainda transetorial, na construção de novos paradigmas. Na transetorialidade, saberes coexistem e interagem, se consideram as contradições emergentes das múltiplas áreas e setores e tais contradições podem gerar um novo saber sobre a análise e entendimento da realidade social. Junqueira⁶ avisa que à concepção intersetorial – uma vez que esta seja transformada

de fato em prioridade de governo pela decisão política – deve seguir-se um duro trabalho de implantação desse novo modo de governar, que perpassa todos os níveis e segmentos da organização municipal e requer a adesão do cidadão.

A intersetorialidade, portanto, deve ocasionar mudanças na prática e cultura da gestão de políticas públicas e este processo transformador pode encontrar previsíveis resistências de grupos de interesses⁶. Assim, para alcançar a mudança proposta, há necessidade de envolvimento e alianças de todos que tenham vontade de melhorar a qualidade de vida do cidadão, privilegiando a negociação. Desse ponto de vista, a transetorialidade, além de integrar saberes e experiências, constrói uma rede com foco no projeto, em sua identidade e não na identidade setorial, no saber segmentado de cada campo das políticas sociais. A formação de rede centrada no projeto e na população significa a construção de um sistema total, rompendo as fronteiras setoriais.

Centrar-se na população com metas voltadas para esta, prevê a condução de ações guiadas pela lógica do território⁶, tratando cidadãos de um mesmo território e seus problemas de maneira integrada, com planejamento articulado das ações e serviços. Um desafio que surge é como conciliar a territorialização – sem que esta seja exclusivamente uma delimitação geográfica – com a definição dos problemas da população e executar uma ação transetorial.

Junqueira⁶ atenta para o fato de que os processos de mudança não são exteriores à instituição, estão inseridos em sua própria lógica. As relações surgem nas instituições e normalmente apresentam uma dinâmica de manutenção de seus padrões, como uma espécie de auto-referência através da qual a instituição tenta concretizar sua identidade. Trata-se de uma realidade institucional complexa e, por isso, o desafio para o alcance de uma intersetorialidade transformadora é enorme. Uma importante etapa para a efetivação deste projeto é a sua própria institucionalização, como ressalta o autor, pois, através desta, a consolidação de mudanças é facilitada.

A Interseitorialidade no Município de Embu: ações e espaços interseitoriais

A proposta do projeto denominado UBS Integradora, conforme documento enviado pela Secretaria Mu-

municipal de Saúde de Embu¹¹, consiste em: A. Implantar, em parceria com as redes sociais dos territórios de cada UBS (escolas, associações, igrejas, grupos culturais e esportivos) um conjunto de ações estratégicas e intersetoriais que respondam às demandas identificadas e propostas construídas durante as oficinas de territorialização realizadas em 2009 e nas Plenárias do Orçamento Participativo (OP) de 2010; B. Monitorar – intensivamente, num primeiro momento – o andamento dos trabalhos, avaliar o impacto das ações, multiplicar as experiências exitosas de cada território e publicizar os resultados positivos em nome da Secretaria Municipal de Saúde, do Governo e do SUS¹¹. Este projeto apresenta sua justificativa, primeiro na necessidade de mudança nos processos de trabalho e definição mais clara de prioridades. Um fato importante para tanto é o de que cerca de 59.000 pessoas não têm acesso às Unidades Básicas de Saúde e o município tem grande procura de usuários aos Prontos-Socorros, com problemas de saúde que deveriam ser resolvidos na rede básica. E em segundo lugar, o projeto se justifica pela diretriz da intersetorialidade: ações da saúde desenvolvidas de maneira isolada e que não se integrem às demais Secretarias e às iniciativas desenvolvidas nas comunidades terão sempre um resultado menos positivo, combatendo mais os efeitos que as causas, uma vez que a busca aos serviços de saúde, culturalmente, ainda se dá devido à incidência da doença.

Outra proposta é o Núcleo Intersetorial de Combate à Violência de Embu. Conforme dados da Prefeitura encontrados no portal da mesma, o município encontra-se na 26.ª posição no ranking das cidades brasileiras com maiores índices de mortalidade por causas externas. Em busca de reverter este quadro, a Prefeitura implementou ações intersetoriais como: criação da Lei Seca; intensificação das ações da Guarda Municipal; criação de praças e áreas de lazer; incentivo à prática de esportes – Projeto Escola Sempre Aberta; incentivo à cultura – criação do Centro Cultural; ações integradas com o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) e Conselho Tutelar; e criação dos Centros de Referência da Juventude, Mulher e Idoso.

No ano de 2005, segundo informa a Secretaria de Saúde do município, outras ações aconteceram neste sentido, como a aprovação do projeto de atenção à

saúde da população em situações de violência e outras causas externas; a participação de Embu no I Encontro da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde – Ministério da Saúde – Brasília / DF; a participação na capacitação sobre prevenção de acidentes e violências realizada pelo Centro de Vigilância Epidemiológica de São Paulo; a realização de estudo de morbidade por causas externas e acidentes nas escolas em parceria com a Escola Promotora de Saúde e a FAPESP; a realização de estudo sobre os fatores associados à violência doméstica e abusos intrafamiliares em parceria com a UNIFESP – Psiquiatria Social; a elaboração do Projeto Enfrentamento da Violência Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes em três municípios brasileiros com financiamento do CNPq – Institutos do milênio 2006/2008 e parceria com a UNIFESP – Psiquiatria Social; a realização do I Fórum Caminhos para a Construção da Paz; a realização de duas oficinas de sensibilização sobre o tema: “Violência Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes”; e o início de reuniões semanais para a constituição do Núcleo Intersetorial de Combate à Violência de Embu.

Por iniciativa da Secretaria de Saúde, juntamente às ações realizadas nos últimos anos, culminaram na criação do Núcleo Intersetorial de Combate à Violência de Embu, que existe desde 2005 e teve sua criação pautada, além do incentivo do projeto da UNIFESP, na portaria do Ministério da Saúde que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios⁸.

Para dar início ao trabalho, além das reuniões de sensibilização junto às Secretarias da Saúde, Educação e Cidadania e realização de oficinas sobre violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes para profissionais de diferentes setores, foi realizado o Fórum Caminhos para a Construção da Paz, que contou com a presença de 279 participantes de diversos setores e secretarias. À época o Secretário de Saúde ocupava o cargo de professor da UNIFESP e ofereceu total apoio para sua criação. Inicialmente o núcleo contava com a verba do CNPQ, sempre buscando ações intersetoriais, trabalhava principalmente a capacitação de profissionais.

O Núcleo, que no portal da Prefeitura é definido

como “multisetorial”, pretende, desde seu início, envolver as secretarias municipais de Educação, Saúde, Meio Ambiente e Cidadania, o Poder Judiciário, o Conselho Tutelar e a ONG intitulada Acorde. Com a observação realizada nas reuniões do Núcleo observamos que, ao contrário do pretendido desde o início da criação deste grupo, a participação de alguns setores não aconteceu, pelo menos durante o período de observação.

Nos encontros mensais, nos quais há discussão sobre políticas públicas e ações voltadas ao combate da violência, o setor saúde, mais compreensivelmente, teve participação e frequência nas reuniões observadas, mesmo porque se mostra como “carro-chefe” desta iniciativa. A saúde foi representada por gerentes de Unidades Básicas em sua maioria, Agentes Comunitários de Saúde e profissional da Vigilância Epidemiológica do Hospital Geral de Pirajussara (HGP). A saúde mental também teve participação através de uma psicóloga do CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas) e de uma terapeuta ocupacional do Grupo Conviver (Centro de Convivência). Ainda no encontro mensal, a educação foi representada por um único membro da secretaria, assim como a ONG Acorde e ambos participaram de todas as reuniões. O Conselho Tutelar teve representação através de uma conselheira, mas apenas em uma reunião, assim como o Poder Judiciário, através de um psicólogo da Vara da Infância e Juventude. Apesar da ausência do Conselho Tutelar, justificada pelo montante de trabalho e, portanto, impossibilidade de saída durante o turno para comparecimento ao Núcleo, houve participação em todas as reuniões sobre políticas públicas de uma representante do CMDCA (Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente), que também representava a Secretaria da Saúde (Saúde da População Negra). A Participação Cidadã teve representação através de trabalhadores dos Centros de Referência – da Mulher e da Juventude, tendo o CRM (Centro de Referência da Mulher) participação em duas reuniões e o CRJ (Centro de Referência da Juventude) participação em apenas uma reunião observada.

Além do Projeto UBS Integradora e do Núcleo Intersetorial de Combate à Violência de Embu há outras ações de caráter intersetorial, como o Programa Escola Promotora de Saúde, que tem como objetivo geral promover ações de promoção, proteção e recuperação da

saúde das crianças em faixa etária escolar, por meio de ações intersetoriais, interdisciplinares e com participação da comunidade. Cabe à Unidade de Saúde de referência atuar junto a creches e escolas de seu território, tanto no que se refere à demanda assistencial como outras demandas locais (vigilância e educação em saúde), sempre que essas ações forem compatíveis com a capacidade de atendimento da Unidade.

Discussão

A secretaria da saúde tem sido o principal motivador das ações intersetoriais no município de Embu. Isto é compreensível a partir do conceito ampliado de saúde e da complexidade dos problemas – afinal, todo problema no âmbito coletivo é intersetorial. Além da Saúde, a Educação, a Assistência Social e a Participação Cidadã são os setores que apresentaram mais envolvimento e articulação. Seria importante que os demais setores também apresentassem iniciativas neste sentido para a real efetivação das ações e maior impacto sobre os problemas e demandas da população.

O nível central da saúde determina diretrizes para os serviços, colocando a intersetorialidade sempre em pauta, como observado no I Encontro de Experiências de Promoção da Saúde de Embu e no próprio Plano Municipal de Saúde¹⁰ que, seguindo os princípios do SUS, ressalta a importância de uma política transversal, integrada e intersetorial. Porém, as observações não permitiram identificar claramente qual o conceito de intersetorialidade pretendido. Com base em Rabello⁹, diz-se que esta definição, ou ao menos uma discussão acerca da mesma, é essencial para o desenvolvimento da prática e a revelação do projeto político em questão. É importante que se faça uma reflexão sobre qual projeto intersetorial se almeja, estabelecendo passos para a sua operacionalização pois, do contrário, a intersetorialidade permanecerá apenas no discurso. O Projeto UBS Integradora apresenta uma tentativa desta dita operacionalização, mas seu desenvolvimento ainda é incipiente e é necessário avaliá-lo ao longo do tempo.

Ainda sobre a reflexão conceitual, observou-se o uso do termo “multisetorial” para definir o “Núcleo de Violência”, termo que se aproxima do conceito de intersetorialidade conservadora aqui trabalhado, o que pode ser compreendido como apenas a justaposição de diversos setores sem necessariamente ter um diálogo e articulação entre os mesmos. O detalhe expres-

so pelo uso do termo “multi” pode revelar o projeto ali subjacente ou, ainda, o próprio desafio em que consiste este novo paradigma. Ressalta-se a importância do debate teórico-reflexivo sobre a intersectorialidade, uma vez que se compreende, com base na obra de Rabello⁹, que o mesmo facilite o entendimento dos propósitos das ações desenvolvidas e, na medida do possível, a identificação dos obstáculos a serem removidos.

Observou-se pouca mediação entre o nível central, setores e serviços, indicando um entrave na operacionalização da intersectorialidade. Além disso, outros fatores foram apresentados, tais como o sentimento de ineficácia de cada setor ao perceber pouco impacto de suas ações em determinado projeto, a crônica escassez de pessoal, que representa mais um obstáculo, impossibilitando a dedicação a uma nova forma de atuar e a desmobilização dos atores.

Esta pesquisa revelou a dificuldade da sustentação de iniciativas deste tipo, com grande evasão de atores e desmobilização coletiva. Tal problemática se deve muito à novidade que tais ações representam, à exigência de rompimento com padrões institucionais fortemente enraizados, à necessária ruptura de paradigmas, ao sentimento de ineficácia política, e, muitas vezes, pela não identificação dos participantes (pessoas, instituições, setores) com os problemas (ou, ainda, soluções) propostos para enfrentamento.

Referências

1. I Conferência Internacional de Promoção de Saúde; 1986, Ottawa, Canadá. Carta de Ottawa [acesso em 10 set 2010]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>
2. I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde; 1978, Alma-Ata: URSS. Declaração de Alma-Ata [acesso em 10 set 2010]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
3. 4ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde; 1997, Jacarta, Indonésia. Declaração de Jacarta. [acesso em 10set 2010]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Jacarta.pdf>
4. Feuerwerker L; Costa H. Intersetorialidade na Rede Unida. Rev. Div Saúde Deb. 2000;22:25-35.
5. Inojosa RM; Junqueira LAP. O Setor de saúde e o desafio da intersectorialidade. Cadernos FUNDAP. 1997;21:156-64.
6. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. Rev Adm Pública. 2000;34(6):35-45.
7. Lefevre F, Lefevre AAMC. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2004.
8. Ministério da Saúde. Portaria N° 936, de 18 de Maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Diário Oficial União. 20 maio 2004; Seção 1: 8.
9. Rabello LS. Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
10. Secretaria Municipal de Saúde de Embu. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Embu; 2010 [Mimeo].
11. Secretaria Municipal de Saúde de Embu. Projeto UBS Integradora, 2010. Embu; 2010 [Mimeo].

A gestão estadual perante os desafios da atual etapa de implantação do Sistema Único de Saúde: um estudo de caso da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2005-2007)

State management and the challenges to deploy the Brazilian Public Health System (SUS) in the current stage: a case study carried out by the São Paulo State Health Department (2005-2007)

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio^I, Ana Lúcia Medeiros de Souza^{II}, Nicanor Rodrigues da Silva Pinto^{III}, Rosemarie Andreazza^{IV}, Sandra Maria Spedo^V, Wanda Nascimento dos Santos Sato^{VI}, Marlene Rizziolli Lima^{VII}, Lígia Maria de Almeida Bestetti^{VIII}, Cláudia Vega^{IX}, Cláudia Elisa Belinazo Mercadante^X

Resumo

Na atual etapa de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), é esperado dos gestores estaduais o apoio à criação dos sistemas regionais de atenção à saúde, constituindo-se de redes de cuidado complexas, resolutivas e de caráter intermunicipal. O artigo apresenta os resultados de pesquisa qualitativa, realizada em um órgão regional da Secretaria de Estado da Saúde, com o objetivo de caracterizar como o gestor estadual atua no processo de regionalização, em particular as relações que constrói com os gestores municipais. O estudo destaca o esvaziamento e despreparo do órgão regional para cumprir as funções de coordenação da regionalização e de apoio técnico aos gestores municipais, bem como aponta que recursos financeiros insuficientes explicam apenas em parte a dificuldade na construção das regiões de saúde.

Palavras-chave: Regionalização, Municipalização, Regiões de Saúde; Gestão Estadual

Abstract

At the current deployment stage of the National Health Service (SUS), state managers are expected to support the creation of regional health care systems as complex, resolute networks on an intercity basis. The paper presents results from a qualitative research carried out by a regional division belonging to the State Health Care Department. It was aimed at characterizing how state managers act as the regionalization process takes place, particularly in relationships that are formed as they interact with local managers. The study highlights the emptiness and the unpreparedness presented by the regional entity to perform these functions: coordinating the regionalization and rendering technical support to local managers. In addition, it points out that insufficient financial resources can only partially explain the difficulties to build health regions.

Keywords: Regionalization, Decentralization, Health Regions, State Management

^ILuiz Carlos de Oliveira Cecílio (cecilioluiz@uol.com.br) é médico sanitário, doutor em Saúde Coletiva, livre-docente em Política, Planejamento e Gestão em Saúde e professor adjunto no Departamento de Medicina Preventiva (DPM) da Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

^{II}Ana Lúcia Medeiros de Souza (anamedeiros59@gmail.com) é nutricionista do Departamento de Medicina Preventiva/EPM/UNIFESP

^{III}Nicanor R. da Silva Pinto (nrspinto@unifesp.br) é médico sanitário, doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) e médico sanitário assistente do Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp

^{IV}Rosemarie Andreazza (rbac48@gmail.com) é nutricionista, doutora em Saúde Pública e professora adjunta do Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp

^VSandra Maria Spedo (smspedo@unifesp.br) é médica sanitária, doutora em Saúde Pública (USP) e médica sanitária assistente do Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp

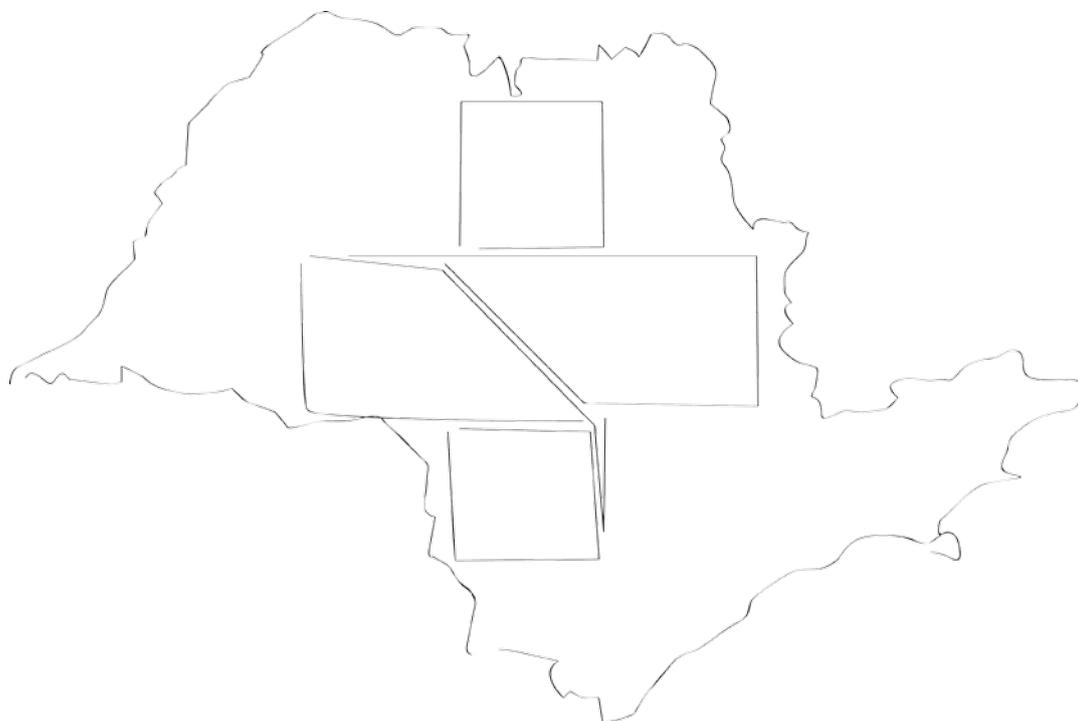
^{VI}Wanda Nascimento dos Santos Sato (wandasato@bol.com.br) é enfermeira, mestre em Saúde Coletiva (Unifesp) e enfermeira do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital. São Paulo

^{VII}Marlene Rizziolli Lima (marlalima@hotmail.com) é formada em Administração de Empresas e executiva pública da Regional de Saúde de Campinas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

^{VIII}Lígia Maria de Almeida Bestetti (calitita@terra.com.br) é socióloga e executiva pública da Regional de Saúde de Campinas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

^{IX}Cláudia Vega (klau.vega@yahoo.com.br) é formada em Serviço Social e é diretora técnica I da Regional de Saúde de Campinas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

^XCláudia Elisa Belinazo Mercadante (claumercadante@uol.com.br) é psicóloga e diretora técnica II da Regional de Saúde de Campinas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo



Introdução

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) teve importante atuação no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de São Paulo. Nesse sentido, é possível destacar sua marcante presença no processo de implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e de todo o processo de municipalização na década de 1980. Via seus órgãos regionais, a SES/SP teve um reconhecido papel na condução de negociações com os municípios, visando à configuração do SUS, finalmente formalizado já no final da década.

A década de 1980 foi marcada por importantes avanços na construção do SUS, dentro dos princípios da busca da universalização do atendimento, da ampliação do acesso e do fortalecimento do município como ente fundamental na consolidação do novo sistema de saúde.

Para exemplificar a importância que a SES/SP teve no processo de implantação das diretrizes políticas que, anteriores à Lei Orgânica da Saúde, já apontavam para o novo sistema de saúde, basta lembrar o papel central que desempenhou na época da organização do SUDS no estado. O SUDS teve um papel decisivo no processo de descentralização, pois implicava o repasse de recursos financeiros do Ministério de Saúde para as secretarias estaduais de saúde que, em par-

ceria com os municípios, deveriam avançar na expansão e consolidação das redes estaduais e municipais de atendimento. Para a implementação de tal política, a SES/SP mobilizou o Centro de Apoio ao Desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (CADAIS) para a formulação de um instrumento de programação que foi intitulado, na época, de Programação e Orçamento Integrada (POI). No correr de 1987, ano de implementação do SUDS, foi intensa a movimentação da SES, tanto no seu nível central, como nos recém-criados escritórios regionais de saúde (ERSA), no sentido de, em atuação conjunta com os municípios, elaborar instrumentos de programação (baseados na capacidade física instalada em serviços próprios da SES/SP e dos municípios) capazes de direcionar os novos recursos que vinham de Brasília.

O que se quer destacar, aqui, é o papel da SES como formuladora de políticas, construtora de instrumentos de planejamento e programação, articuladora regional dos gestores municipais, formadora de técnicos ao nível das regionais para o exercício das novas atribuições que as rápidas mudanças no sistema de saúde iam colocando. É possível afirmar que, sem o protagonismo da SES/SP, na década de 1980, não teria sido possível garantir os avanços que o SUDS potencialmente propiciava. Foi um momento no qual a SES/SP exerceu o papel que se esperava que um gestor estadual devesse exercer. Contando com a facilita-

de da recente reforma administrativa que havia realizado, em particular a criação de mais de 60 ERSAS em todo o estado, conseguia exercer, com agilidade e de forma mais descentralizada, o papel de coordenação da política de saúde no âmbito regional.

Na década de 1980, grandes foram os avanços no sentido no sentido de “colocar o município em cena”. Este fortalecimento da gestão municipal se deu tanto através de convênios com municípios, para repasse de recursos para fixação de médicos em locais onde não havia aquele profissional (programa “municípios carentes”), já em 1983, como através da contratualidade exigida pelas AIS, ampliando a participação dos municípios na operacionalização do sistema de saúde. A implantação do SUDS, em 1987, só veio reforçar essa tendência. Foi uma época de grande expansão da rede básica de serviços no estado, com a presença cada vez mais decisiva do município na prestação e gestão dos serviços⁶.

Nessa medida, é possível dizer que a SES preparou o terreno para o processo mais radical de municipalização que deveria ocorrer na década seguinte. Todo este esforço da SES pode ser considerado como uma espécie de “ensaio final da orquestra” para o que estava por vir nos próximos anos^{12, 13, 8}.

Na década de 1990, este vetor da municipalização que vinha sendo vivido de forma vigorosa no estado de São Paulo prometia ter novo impulso com os desdobramentos posteriores à aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990. De fato, um conjunto de atos normativos do Ministério da Saúde, em particular as normas operacionais (NOB), entre as quais se destacam as NOB-93 e a NOB-96 traduziam, na prática, e de forma radical, a diretriz da municipalização apontada há alguns anos pelo Movimento Sanitário e inscrita na Lei Orgânica da Saúde de 1990. Inicialmente gestão parcial, semiplena e plena (NOB-93) e depois gestão plena de rede básica e gestão plena do sistema (NOB-96), com todas as contramarchas e dificuldade, resultaram numa radical transformação do sistema público de saúde no estado de São Paulo, como, aliás, vinha ocorrendo no Brasil como um todo^{9, 10, 14, 16, 17}.

Tais transformações na política de saúde tiveram forte impacto no funcionamento da SES/SP. O processo de municipalização implicou a ampliação da rede municipal de saúde, com uma conseqüente redução da participação da SES/SP na prestação direta de serviços. Crescentes responsabilidades estavam colo-

cadadas para os municípios, de forma que novos gestores municipais da década de 1990, em particular na sua segunda metade, se viam assoberbados por várias responsabilidades. Uma questão que talvez não tenha sido adequadamente valorizada, embora fosse conhecida, era a baixa capacidade de governo do gestor municipal para fazer frente às novas atribuições que estavam colocadas para o município. A gestão dos sistemas de saúde é complexa por várias razões: a) a própria natureza do “objeto de gestão em saúde”, qual seja, a produção do cuidado e as múltiplas variáveis intervenientes, para não dizer determinantes, da qualidade da atenção oferecida à população, em particular o fato do processo saúde-doença ser resultante de um conjunto de fatores sócio-econômico-culturais que transbordam o “setor saúde”; b) a produção do cuidado se dá em campo atravessado por instituições que conformam a micropolítica dos serviços, em particular a “Instituição Médica”; b) o “furor normativo” do Ministério da Saúde que se traduz em uma grande quantidade de normas, preceitos, diretivas, responsabilidades, prazos e cobranças que o gestor municipal tem que atender⁵. Agravando tais dificuldades, é patente a baixa capacidade da maioria das equipes que fazem a gestão municipal da saúde.

Diante disso é que foi se colocando um novo papel da SES/SP, de preferência através dos seus órgãos regionais, para fazer frente ao novo contexto. Mesmo tendo “perdido” a gestão de sua rede própria, pelo menos duas grandes atribuições poderiam ser pensadas para a SES na década de 1990: “transferência tecnológica” para os municípios, apoiando-os e capacitando-os em suas novas e complexas atribuições e, ao mesmo tempo, um forte protagonismo na articulação da regionalização dos serviços, muito necessária na atual etapa do SUS.

Metodologia

Os dados utilizados no artigo foram obtidos em pesquisa intitulada “O gestor estadual e os gestores municipais na construção do sistema loco-regional de saúde: desafios da gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS)”, realizada com recursos CNPq/FAPESP, 2005-2007 e desenvolvida na região de Campinas, envolvendo 20 municípios. A pesquisa procurou caracterizar a gestão estadual do SUS no atual momento de municipalização e de regionalização, tentando responder às seguintes perguntas: como se pensa, se or-

ganiza e atua o gestor estadual perante as tarefas que estão colocadas para o processo de regionalização, no atual contexto de municipalização? Como ele é visto pelos outros atores institucionais que vivem o processo de regionalização, em particular os gestores municipais? Como ele pensa a relação com os municípios? Como ele encaminha, concretamente, tais relações? Como ele faz um desenho de futuro para a regionalização?

Para a coleta das informações, foram realizados os seguintes procedimentos: entrevista com o então secretário de estado da saúde de São Paulo, entrevista conjunta do diretor regional de saúde de Campinas e da diretora de planejamento da regional de saúde de Campinas, entrevista com a diretora da Unidade de Avaliação e Controle da regional de Campinas, grupo focal com os gerentes da nova estrutura regional criada pelo Decreto 51433 de 28/12/2006, duas oficinas de trabalho com os gerentes da regional de Campinas para análise da nova estrutura; observação participante em dois fóruns de educação permanente dos gestores municipais que funcionam na região de Campinas desde 2005 e análise documental.

Os dados obtidos foram sistematizados e analisados através do confronto das percepções dos atores entrevistados sobre o atual momento do SUS, muito em particular sobre o papel e responsabilidade gestor estadual na condução do processo de regionalização. Os resultados foram apresentados e discutidos, em seminário, com os atores que participaram do estudo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados e discussão

A SES/SP não conseguiu fazer os movimentos de atualização necessários à condução da política de saúde, no estado, nos últimos anos, em particular a adequação dos seus órgãos regionais para atuarem com condutores do processo de regionalização. Os órgãos regionais não tiveram atualização do seu quadro de pessoal, nem em quantidade, nem na qualificação exigidos para a atual etapa do SUS. Além do mais, não gozam da necessária autonomia e governabilidade para a construção dos pactos regionais necessários para regionalização.

A centralização, no nível central da SES/SP, de decisões cruciais referentes à regionalização, sem a par-

ticipação dos órgãos regionais, foi fator agravante da falta de governabilidade dos departamentos regionais de saúde para conduzir o processo de regionalização.

As razões para este descompasso entre as necessidades e o quadro real dos órgãos regionais podem ser pensadas a partir de duas vertentes. Na primeira, como o desdobramento da perda da atribuição da SES na prestação direta da assistência no processo de municipalização. Com exceção da bem conhecida situação da capital, a SES/SP deixou de gerenciar serviços em todo o estado desde o final da década de 1980. A outra vertente pode ser entendida como a tradução, na prática, da concepção do papel do Estado que as últimas gestões da SES, pelo menos desde o governo Mário Covas, adotaram, de maneira mais ou menos explícita.

De maneira mais explícita, quando o governador Covas fez a opção de entregar a gestão de 13 hospitais estaduais para a gestão de organizações sociais, em consonância com a proposta de reforma do Estado formulada por Bresser Pereira na primeira gestão FHC⁴. De maneira menos explícita, e só perceptível de forma mais indireta, através de (não) tomada de decisões que impactam negativamente na capacidade do Estado exercer um papel mais competente na condução de políticas públicas sob sua responsabilidade. A (não) tomada de decisão mais visível tendo sido, exatamente, o sucateamento dos órgãos regionais, seja por uma política salarial que não permite a fixação ou renovação de quadros necessários para um trabalho mais qualificado, seja pela não reposição dos quadros que foram se aposentando ou deixando o Estado.

Para a direção da SES/SP, a contribuição do gestor estadual para o processo de regionalização tem sido o financiamento dos 61 hospitais estaduais, 20 dos quais gerenciados por organizações sociais. Todos estes hospitais têm características regionais e funcionam como referência em média e alta complexidade para os municípios da sua região de inserção ou para todo o estado, como o caso dos hospitais universitários estaduais. Os gestores municipais, que operam redes cada vez mais complexas avaliam que a participação da SES/SP no financiamento do sistema tem sido insuficiente ou, pelo menos, parece não representar contrapartida suficiente para os seus gastos crescentes com saúde. Essa temática merece outros estudos, visando à busca de elementos para aprofundar essa discussão, o que não foi possível neste artigo.

Questões partidárias, como não poderiam deixar de ser, “atravessam” a construção do SUS em São Paulo, dificultando o processo de regionalização. Como exemplos: as dificuldades de negociação da SES/SP com o Ministério da Saúde, que resultaram na não viabilização da PPI no estado¹⁰ e as difíceis relações entre a SES/SP e o COSEMS/SP, à época do estudo.

Por outro lado, existem dificuldades no relacionamento entre os entes gestores na condução do processo de regionalização, que parecem ser explicadas menos por diferenças partidárias do que por diferentes visões em função do nível de observação e atuação.

O órgão regional da SES/SP no processo de regionalização

A regional de saúde estudada apresentava-se desequipada para apoiar o processo regionalização. Sem estrutura, sem pessoal qualificado e motivado e, principalmente, sem autonomia para construir os pactos imprescindíveis à construção dos fluxos intermunicipais, microrregionais e regionais necessários para a garantia da integralidade.

Na falta de uma definição política mais clara de suas atribuições, o órgão regional transformou-se um bureau repassador das demandas, determinações e pedidos provenientes do nível central da SES/SP. É visto pelos gestores municipais muito mais como “instância de cobrança” do que órgão de apoio, coordenação e assessoria técnica.

Na regional estudada, a confluência de dois fatores, parecia estar propiciando, quando da realização do estudo, certa movimentação positiva: de um lado, a abertura do diretor para um diálogo mais próximo com os gestores municipais, do outro, o forte protagonismo de alguns gestores, em particular daqueles com uma militância mais marcada junto ao COSEMS.

A discussão em torno do Pacto pela Saúde e, particularmente do seu componente de gestão^{2, 3}, estimulada fortemente pelos gestores mais politizados, parecia estar resultando, no momento da pesquisa, no ensaio de novas relações entre o gestor regional e os gestores municipais, em particular a criação de grupos de trabalho em torno de temas estratégicos como regulação, financiamento, entre outros, propiciando uma maior mobilização, politização e solidariedade entre os gestores municipais da região.

A política de recontractualização com os hospitais

universitários, definida pelo Ministério da Saúde, teve impacto positivo na região, em particular em relação a dois hospitais de ensino da região estudada, cujas agendas têm sido abertas e um número crescente de vagas, seja para especialidades, seja para procedimentos, alocado na central de regulação do órgão regional.

A experiência dos dois fóruns de educação permanente dos gestores municipais, um na microrregião de Bragança Paulista e outro na microrregião de Jundiaí, era avaliada como positiva tanto pela direção do órgão regional como pelos gestores municipais que participam dos fóruns. A organização de fóruns, em outras microrregiões, pode ser uma boa estratégia para o fortalecimento dos gestores municipais e para o processo de regionalização. Apesar dos fóruns serem avaliados como uma estratégia acertada, o órgão regional da SES/SP só conseguia mantê-los em funcionamento com o apoio técnico de uma universidade pública, que conduziu o presente estudo, em função da já apontada falta dramática de quadros capacitados para tanto.

A Comissão Intergestores Regional (CIR), o instrumento de articulação regional anterior ao Pacto vigente à época da pesquisa, e que teria, em princípio, um papel importante na regionalização, conseguia uma adesão bastante heterogênea dos gestores. Os gestores de três dos municípios-pólo de microrregiões (Campinas, Jundiaí, Bragança Paulista) não compareciam às reuniões e se faziam representar por seus assessores, diminuindo sua representação política.

O órgão regional exerce sua função reguladora tanto através da central de encaminhamento inter-hospitalar nas situações de emergência e/ou insuficiência de recursos terapêuticos no hospital de origem, como fazendo o agendamento de consultas para especialidades e realização de procedimentos de média e alta complexidade nos serviços de maior complexidade. No entanto, a centralização das pactuações com os prestadores diretamente pelo nível central da SES/SP, no momento do estudo, era motivo de desconforto e dificuldades para o órgão regional que precisava resolver as questões agudas e as grandes necessidades trazidas pelos gestores municipais e, o que é frequente, diretamente pelos próprios usuários, sem ter controle de recursos para tanto.

A região, em princípio, tem todos os recursos para construir linhas de cuidado completas, como por

exemplo, a rede cardiovascular. O problema é que o órgão regional não controla os recursos políticos e financeiros necessários para a contratualização.

O órgão regional não consegue desenvolver sua função de apoio técnico regular aos municípios na perspectiva de apoiá-los e qualificá-los no planejamento e gestão dos sistemas locais de saúde. Seu apoio é pontual, em questões técnicas específicas, mais ligadas às grandes áreas programáticas como a saúde bucal e a saúde mental.

Dirigentes da regional reconheciam pontos positivos na nova estrutura do departamento regional de saúde criada pelo Decreto 51433 (2006) criada à época do estudo, em particular ao dar maior visibilidade e ordenamento às áreas de regulação, informação, planejamento e desenvolvimento de recursos humanos, formalizando funções importantes que já estavam sendo informalmente desenvolvidas, mas todas sob a égide de uma grande área de “planejamento”. Essas modificações representariam, em princípio, e como potencialidade, uma maior possibilidade do órgão exercer um papel mais efetivo de regulação, avaliação e apoio técnico aos municípios. A contratação de pessoal qualificado colocava-se como estratégia incontornável para potencializar a nova estrutura.

A retirada das vigilâncias da estrutura do órgão regional pode ser avaliada como um dificultador do processo de regionalização comprometido com a integralidade, se esta for entendida como resultado da necessária confluência e complementaridade das ações individuais e coletivas¹¹. Pode ser argumentado que a presença das vigilâncias na estrutura formal não é garantia de integralidade, como de fato não tem sido até hoje, mas, com toda a certeza, a retirada pura e simples das vigilâncias do comando do gestor regional permite pensar que a SES/SP assume uma função basicamente assistencial para os seus órgãos regionais.

Com tal medida, a SES/SP vai contra o esforço histórico do campo da Saúde Pública do país de promover uma aproximação da área assistencial e das vigilâncias, a partir do necessário fecundamento mútuo entre seus saberes e práticas.

O drástico enxugamento da área administrativa na nova estrutura é coerente com o alinhamento da direção da SES/SP ao projeto de reforma do Estado formulado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), na gestão Bresser Pereira⁴ essa

medida, implementada por meio da abolição de cargos de chefia e da “gestão de processos produtivos”, tal como pode ser visto na estrutura proposta para o Centro de Gerenciamento Administrativo, poderá resultar inócua caso não sejam garantidos os pressupostos para tanto, em particular uma política de recursos humanos correspondente à modernização administrativa pretendida.

Na regional estudada, o enxugamento da estrutura está sendo conduzido sem respeitar a tradição administrativa do estado e sem o mínimo investimento na formação do novo tipo de gerente necessário ao modo mais “gerencial” de se fazer a administração pública. No limite, e sem aportes de novos recursos humanos, poderá dificultar, ainda mais, o papel de coordenação do órgão regional, tão necessário na atual etapa de implantação do SUS, em particular no apoio aos municípios e na coordenação do processo de regionalização.

março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União n.º 162, seção I:34.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília; 1997.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/GM 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, seção I:1-15.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/GM 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União n.º 162, seção I:34.
4. Bresser Pereira LC. A reforma gerencial do Estado de 1995. Rev Adm Publica. 2000;34(4):7-26.
5. Carvalho G. Palestra proferida no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo. 2006.
6. Cecilio LCO. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.
7. Cecilio LCO, Andrezza R, Souza ALM de, Lacaz FA de C, Pinto NR da S, Spedo SM et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. Rev Eltr Com Inf Inov Saúde. 2007;1(2): 200-207.
8. Souza AMAF de, Chioro AA, Furtado LAC, organizadores. O Olhar municipal. São Paulo: COSEMS; 2008. (Cadernos de Regionalização, 1)
9. Lecovitz E, Lima LD, Machado C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência & Saúde Coletiva. 2001; 6(2): 269-293.
10. Núcleo de Estudos e Pesquisas de Sistemas de Saúde. Estudo analítico e prospectivo sobre as relações entre concepção de distrito sanitário e as diretrizes de regionalização expressas na NOAS: relatório técnico. São Paulo; 2006.
11. Pestana M, Mendes EV. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde; 2004.
12. Secretaria de Estado da Saúde. Batalha da saúde no governo Montoro [monografia na internet]. São Paulo;1987 [acesso em 11 out 2011] Disponível em: bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=LILACS&nextAction=lnk&lang=p&indexSearch=ID&exprSearch=160112&label=Batalha%20da%20sa%C3%BAde%20no%20governo%20Montoro. Acesso em 27/09/2008.
13. Della Torre, MCC, Batista, MCDS, Basso, CR, organizadores. The health transition in Brasil. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 1987.
14. Scatena JHG, Tanaka OY. Os instrumentos normatizados (NOB) no processo de descentralização da saúde. Saúde e Sociedade, 2001;34(2):47-74.
15. Silva, SF. Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec; 2001.
16. Viana ALD, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG, Rodrigues SH. Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96. In: Negri B, Viana ALA, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime/Cealag; 2002. p. 471-488.
17. Viana ALD, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva. 2002;7(3): 493-507.

Desenvolvimento de Sistema de Apoio à Regulação de Urgência e Emergência para região de Campinas

Development of a System for Supporting the Regulation of Urgency and Emergency in the Campinas Area

Eliane Molina Psaltikidis^I, Paulo Cesar Tibaldi^{II}, Márcia Bevilacqua^{III},
Edson Luiz Kitaka^{IV}, Rodrigo Usson^V

Resumo

A regulação dos casos de urgência e emergência exige agilidade e eficácia. No Estado de São Paulo, esses casos são regulados pela Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), localizada na capital, com profissionais reguladores, que enfrentam o desafio de se inteirarem das diferentes realidades do interior. A região de Campinas agrega 42 municípios com 103 serviços de saúde, gerando dúvidas no referenciamento dos casos, por falta informações relativas aos recursos. O objetivo do artigo é descrever a construção de um Sistema de Apoio à Regulação de Urgência e Emergência para Região de Campinas, por parceria entre o Hospital de Clínicas-Unicamp e o Departamento Regional de Saúde DRS-VII. Teve como premissas seguir a lógica de referenciamento pactuada e substituir o processo manual por sistema eletrônico de fácil manuseio, ágil, gratuito e compatível com qualquer computador. O sistema foi implantado, com êxito, na CROSS e instituições envolvidas, promovendo acesso às informações de forma prática e rápida, permitindo distribuição regular e correta dos casos aos serviços de saúde. Com esta experiência, a CROSS pretende desenvolver sistema semelhante para atender a todas as regiões do Estado de São Paulo.

Palavras-chave: Urgência e Emergência, Regulação, Gestão em Saúde

Abstract

The regulation of urgency and emergency cases requires agility and efficacy. In the State of São Paulo, these cases are regulated by the Regulation Center for Health Care Offer Services [Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS)], located in the capital, where professionals face the challenge of knowing the different realities of the countryside. In the area of Campinas, which is comprised of 42 cities with 103 health services, doubts raised about referencing the cases because of the lack of information related to the petitions. The aim of this article is to describe the construction of the System for Supporting the Regulation of Urgency and Emergency in the Campinas Area, a partnership between the Clinical Hospital of the University of Campinas (Hospital das Clínicas-Unicamp) and the Regional Department of Health DRS-VII (Departamento Regional de Saúde DRS-VII). This is based on the assumption of following the referencing logic and in the replacement of the manual process for a friendly, fast and free of payment electronic system, compatible with any computer. The system has been successfully implemented at CROSS and at other institutions involved, promoting access to information in a practical and rapid way, allowing a regular and right distribution of the health care services. With this experience, the CROSS intends to develop a similar system to cover all the areas of the State of São Paulo.

Keywords: Urgency and Emergency, Regulation, Health Management

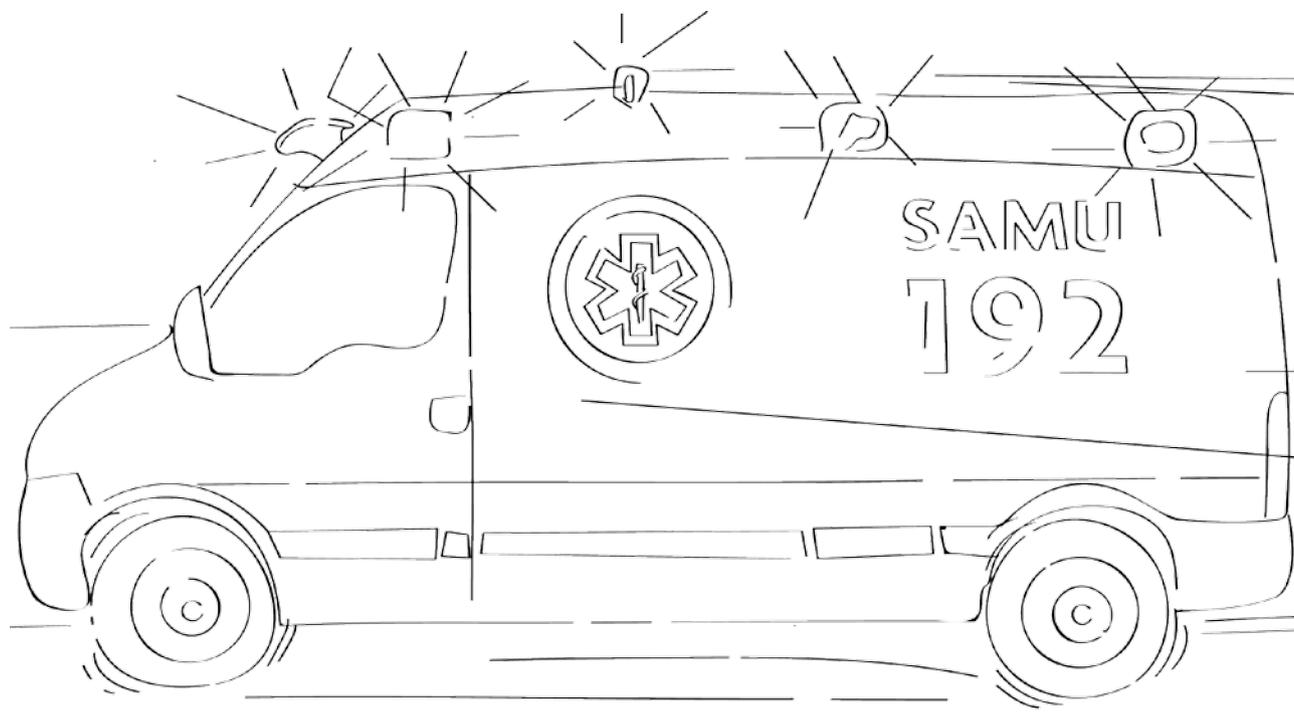
^I Eliane Molina Psaltikidis (emolina@hc.unicamp.br) é enfermeira, assistente técnica e coordenadora do Projeto Manuais HC

^{II} Paulo Cesar Tibaldi (tibaldip@gmail.com) é economista, assessor do Hospital de Clínicas da Unicamp

^{III} Márcia Bevilacqua (mabevi@hc.unicamp.br) é diretora de Departamento Regional de Saúde VII

^{IV} Edson Luiz Kitaka (kitaka@hc.unicamp.br) é diretor da Divisão de Informática do HC-Unicamp

^V Rodrigo Usson (rodrigo@hc.unicamp.br) é programador de Sistemas da Divisão de Informática do HC-Unicamp



Introdução

Os atendimentos de urgência e emergência são um dos principais serviços oferecido pelo SUS (Sistema Único de Saúde), sendo um importante observatório da condição de saúde da população e da atuação do sistema. É onde primeiro se mostram os agravos inusitados à saúde da população, gerando informação em tempo real para as ações de vigilância. Também refletem os agravos que mostram as falhas na integralidade da atenção, tais como ações articuladas de educação para a saúde, proteção contra riscos e agentes agressores conhecidos, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas. Pelas portas de atendimento de urgência, é possível detectar uma alta incidência de atropelamentos ocorridos numa determinada região, elevado número de casos de trabalho de parto prematuro, pacientes com insuficiência renal crônica, diabetes mellitus descompensada, crises asmáticas de repetição, ferimentos em crianças e tantos outros, permitindo que atitudes do sistema de saúde sejam tomadas⁵.

Apesar da importância da assistência às urgências e emergências, tanto para o usuário, quanto para o sistema de saúde, várias dificuldades para sua plena atuação podem ser verificadas⁵:

- Insuficiência de portas de entrada para os casos de urgência e emergência, em especial, para os casos agudos de média complexidade. A rede de

atenção tem sofrido pressão pela oferta de atendimentos de alta complexidade, com hospitais de assistência terciária. Em contrapartida, diversas iniciativas têm focado dar vazão à demanda reprimida de casos agudos de baixa complexidade, que não são adequadamente acolhidos pela rede básica. No entanto, muitas vezes funcionam sem a retaguarda de recursos diagnósticos e terapêuticos essenciais à resolução dos casos de maior gravidade/complexidade. Desta forma, os agravos de média complexidade acabam por representar um grande estrangulamento para a atenção integral à saúde, afetando também a atenção às urgências;

- Má utilização das portas de entrada da alta complexidade. Os pacientes acometidos por agravos de urgência, seja qual for a sua gravidade/complexidade, acabam buscando socorro nos grandes serviços, sobrecarregando as portas de entrada de maior complexidade, prejudicando a assistência a todos os usuários;
- Insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente de UTI e retaguarda para as urgências. Enquanto, nos grandes hospitais, em decorrência da falta de leitos hospitalares e da alta demanda, os pacientes são internados em condições inapropriadas, tais

como em macas ou em salas de emergência, verifica-se que, nos hospitais de pequeno porte, as taxas de ocupação, na média do território nacional, não atingem os 50%.

- Incipiência nos mecanismos de referência e contra-referência. Os sistemas regionais deveriam dispor de mecanismos efetivos de encaminhamento dos pacientes (referência) aos serviços não disponíveis em seu município/região, como também a garantia de que, uma vez atendidas suas necessidades, o paciente seja reencaminhado à sua região de origem (contra-referência), impedindo, assim, a saturação tão comumente observada nos serviços especializados⁵.

Frente a seu impacto e importância, em 2003, a área de urgências passou a ser considerada prioritária, sendo publicada a Portaria GM/MS n.º 1.863/2003⁴ que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada nas três esferas de gestão. Foram incorporados novos elementos conceituais, além da revisão e retomada de outros já bastante difundidos, tais como^{4, 5}:

- Garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios);
- Consubstanciar as diretrizes de regionalização da atenção às urgências, mediante a adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais, conferindo concretude ao dimensionamento e implantação de sistemas estaduais, regionais e municipais e suas respectivas redes de atenção;
- Instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS^{4, 5}.

A Regulação Médica das Urgências é um processo de trabalho por meio do qual se garante escuta permanente pelo médico regulador, com acolhimento de todos os pedidos de ajuda que acorrem à central, bem como o estabelecimento de uma estimativa inicial do grau da urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação, monitorando continuamente a estimativa inicial do grau de urgência, até a finalização do caso, e assegurando a disponibilidade

de dos meios necessários para a efetivação da resposta definitiva, de acordo com grades de serviços previamente pactuadas, pautadas nos preceitos de regionalização e hierarquização do sistema^{3, 5}.

Ao médico regulador devem ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos, para o bom exercício de sua função, incluindo as informações referentes às portas de entrada de urgências, com hierarquia resolutive previamente definida e pactuada, além da atribuição formal de responsabilidades. Estas informações são fundamentais para que o médico regulador possa, mediante sua capacidade técnica de discernir o grau presumido de urgência e a prioridade de cada caso, fazer o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando a dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes^{3, 5}.

Neste sentido, as grades de referência, visando a garantir resposta efetiva às especificidades das demandas de urgência, devem ser suficientemente detalhadas, explicitando quem são as unidades, os procedimentos ofertados, as especialidades de cada serviço, organizados em redes e linhas de atenção, com a devida hierarquização, para que, frente às necessidades dos usuários, seja a oferta da atenção necessária em cada momento. O ideal é que haja mecanismo informatizado, suficientemente ágil para uso e manutenção dessa grade, a fim de que não ocorra prejuízo ao atendimento dos chamados de urgência, decorrente de demora no encaminhamento ou de encaminhamento à instituição sem recursos técnicos e estruturais para a assistência^{3, 5}.

No entanto, a regulação do acesso à assistência é mais do que a implantação de computadores, sistemas, infovias ou de normas e protocolos, pois abarca também as relações entre gestores, prestadores, gerentes de unidades de saúde, profissionais e, ainda mais, os usuários com suas distintas demandas. Portanto, como em qualquer trabalho em saúde, a regulação do acesso implica relações políticas, técnicas e de cuidado, consistindo assim em um conjunto de tecnologias (relacionais, saberes, instrumentos etc.) e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes⁷.

Apesar da importância reconhecida, um dos grandes desafios na implantação da regulação do acesso tem sido a informatização dos serviços, de modo a se ter uma rede lógica que facilite todo o funcionamen-

to dos fluxos operacionais e que atenda às necessidades levantadas pela gestão local¹⁰. Sabe-se que a Tecnologia da Informação permite aumentar o valor do conhecimento produzido na instituição, como meio de auxílio na transformação das informações e distribuição eficiente de forma moderna, sendo um fator fundamental para o sucesso dos projetos de Gestão do Conhecimento^{6, 8, 9}.

Há poucos relatos publicados com as experiências de desenvolvimento de sistema informatizados que auxiliem a decisão técnica do regulador. Um estudo, desenvolvido por Adolfi Júnior et al¹, descreveu o desenvolvimento de um sistema gestor de regulação médica em emergência da Divisão Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS XIII), no Estado de São Paulo. O protótipo foi baseado na rede mundial de computadores e aplicado a 26 municípios dessa regional, durante quatro semanas consecutivas em setembro de 2009. O sistema realizava a documentação das solicitações em ordem cronológica, sem permitir edição de dados já inseridos e garantindo o acesso hierarquizado e sigiloso às informações para cada participante do sistema. Os autores concluíram que o sistema se mostrou exequível e confiável, possibilitando a transparência do processo e acesso direto às informações por parte dos gestores, além de possibilitar a construção de indicadores para monitorizar e aprimorar o processo¹.

Regulação dos casos de urgência e emergência da região de Campinas

No Estado de São Paulo, a regulação dos casos de urgência tem sido realizada pela Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), localizada na capital, com profissionais reguladores que enfrentam o desafio de se inteirarem das diferentes realidades do interior.

O Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS-VII) agrega 42 municípios, com população de aproximadamente 4.400.000 habitantes e 103 instituições credenciadas para oferecer atendimento de urgência e emergência². As grades de referência da região, disponibilizadas à equipe da CROSS, eram constituídas de diversas planilhas impressas, de diferentes formatos, que geravam dúvidas em sua interpretação e uso. Diante da dimensão da região e da falta de acesso ágil às informações, verificavam-se dificuldades na regulação dos casos de urgência segundo sua complexidade, especificidade e recursos demandados, além das diferenças

quanto à distância e tempo de deslocamento do paciente para o serviço referenciado.

Neste contexto, especialmente pela dificuldade de acesso às informações relativas aos serviços de saúde da região, com frequência, o regulador da CROSS encaminhava o caso de urgência para o Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), por ser o principal hospital de referência da macrorregião de Campinas, gerando sobrecarga muito acima de sua capacidade instalada.

Foram promovidos, pela DRS-VII, vários encontros, ao longo do primeiro trimestre de 2010, com representantes da central de regulação, gestores e prestadores da região, promovendo o diálogo na busca de alternativas para a resolução das dificuldades enfrentadas para assistência adequada dos casos de urgência e emergência. Numa destas reuniões, foi aventada a possibilidade de elaboração de um sistema de dados que auxiliasse o regulador na escolha correta do serviço de saúde a ser referenciado cada caso. O Hospital de Clínicas-Unicamp, em parceria com a equipe técnica da DRS-VII, assumiu o desafio proposto.

Objetivo

Descrever o processo de construção do Sistema de Apoio à Regulação de Urgência e Emergência para Região de Campinas (DRS-VII).

Metodologia

O primeiro passo do processo foi discutir as premissas do sistema com a equipe da DRS-VII e da CROSS, que foram definidas em:

- Seguir a lógica de referenciamento praticada e pactuada junto aos serviços de saúde da região;
- Ser um sistema gratuito, de fácil manuseio, ágil e compatível com qualquer computador, substituindo o processo de trabalho baseado na consulta de material impresso.

A equipe da DRS-VII revisou e detalhou as planilhas utilizadas como grade de referência de urgência e emergência, assim como a descrição dos recursos de cada serviço de saúde da região. Foi projetada uma lógica de busca das informações, pela ótica e prática do regulador, visando tornar a ferramenta o mais amigável possível para o seu principal usuário.

Com estas informações e aproveitando a experiência do Hospital de Clínicas com um portal eletrônico

SISTEMA DE BUSCA DE INFORMAÇÕES PARA REFERENCIAMENTO DE CASOS DE EMERGÊNCIA NA REGIÃO DE CAMPINAS

FORMA DE CONSULTA
 Clique com CTRL + ENTER sobre a cidade que solicita o atendimento, na listagem abaixo.
 Abrirá planilha com os serviços ofertados para a cidade solicitante.

| CIDADE SOLICITANTE (ORDEM ALFABÉTICA) | | MAPA DA REGIÃO |
|---------------------------------------|--|----------------|
| Águas de Lindóia | Monte Alegre do Sul | |
| Americana | Monte Mor | |
| Amparo | Morungaba | |
| Artur Nogueira | Nazaré Paulista | |
| Atibaia | Nova Odessa | |
| Bom Jesus dos Perdões | Paulínia | |
| Bragança Paulista | Pedra Bela | |
| Cabreúva | Pedreira | |
| Campinas | Pinhalzinho | |
| Campo Limpo Paulista | Piracaia | |
| Cosmópolis | Santa Bárbara D'Oeste | |
| Holambra | Santo Antonio de Posse | |
| Hortolândia | Serra Negra | |
| Indaiatuba | Sorocorro | |
| Itatiba | Sumaré | |
| Itupeva | Tuiuti | |
| Jaquariúna | Valinhos | |
| Jarinu | Vargem | |
| Joanópolis | Várzea Paulista | |
| Jundiaí | Vinhedo | |
| Lindóia | | |
| Louveira | | |

Figura 1: Imagem do portal

de manuais, foi determinada a estrutura do sistema:

- Portal com lista dos municípios da região de procedência do paciente, organizados por ordem alfabética, contendo mapa da região para facilitar a visualização das sub-regiões (Figura 1);
- Tabelas com os recursos ofertados, sendo eles Cardiologia (Adulto, Pediátrica, Intervencionista, Eletrofisiologia, Endovascular, Vascular), Neurologia, Traumatologia e Ortopedia, Oncologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Obstetrícia de alto risco, Bucomaxilo, Cirurgia geral e pediátrica, UTI (adulto, infantil e neonatal) e Exames (Endoscopia, Broncoscopia e Tomografia) (Figura 2);
- Tabelas com a identificação dos serviços de saúde, endereço e telefone para o encaminhamento;
- Tabelas com detalhamento dos serviços de saúde da região (Figura 4).

Essas informações foram interligadas, mediante link, em cascata, direcionando o processo de busca das informações para referenciamento do paciente.

Resultado

O portal e as tabelas de recursos foram construídos em editor de texto. Já as tabelas com as informações dos serviços de saúde foram construídas em planilha eletrônica. Após a inserção de link e correspondente teste,

SERVIÇOS OFERTADOS PARA CIDADE DE: ÁGUAS DE LINDÓIA

FORMA DE CONSULTA
 Clique com CTRL + ENTER sobre o recurso, na listagem abaixo.
 Abrirá planilha com as instituições de referência para a cidade solicitante.

| RECURSOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE | | |
|---------------------------------------|---|---|
| CLÍNICO E CIRÚRGICO | Cardiologia | Cardio Adulto |
| | | Cardio Pediátrica |
| | | Intervencionista |
| | | Eletrofisiologia |
| | | Endovascular |
| | | Vascular |
| | Neurologia | Neurologia |
| | Traumatologia ortopedia (alta complexidade) | Traumatologia ortopedia |
| | Ortopedia (média complexidade) | Ortopedia |
| | Oncologia | Oncologia |
| | Oftalmologia | Oftalmologia |
| | Otorrinolaringologia | Otorrinolaringologia |
| | Obstetrícia | Alto risco |
| | Bucomaxilo | Bucomaxilo |
| | Cirurgia | Cirurgia Geral |
| | | Cirurgia Pediátrica |
| UTI | Adulto | |
| | Infantil | |
| | Neonatal | |
| Exames | Endoscopia | |
| | Broncoscopia | |
| | Tomografia | |

Figura 2: Imagem da página com os recursos ofertados, segundo a cidade de origem do caso

| CENTRAL DE REGULAÇÃO - DRS VII - CAMPINAS | | | | | | |
|---|-----------------------|--|-----------------------------|--------------------|--------------------------------|-----------|
| CIDADE: ÁGUAS DE LINDÓIA | | | | | | |
| RECURSO | MUNICÍPIO OCORRÊNCIA | SERVIÇOS DE SAÚDE CRENDENCIADOS | INFORMAÇÕES SOBRE O SERVIÇO | CONTATO (TELEFONE) | ENDEREÇO | GESTÃO |
| UTI ADULTO | AMPARO | SANTA CASA ANNA CINTRA | Ficha | (19) 3808-8720 | R. Anna Cintra, 552 | MUNICIPAL |
| | CAMPINAS | HOSPITAL MUNICIPAL OURO VERDE | Ficha | (19) 3306-3600 | Av. Ruy Rodrigues, 3434 | MUNICIPAL |
| | | HC - UNICAMP - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS | Ficha | (19) 3521-8770 | Rua Vital Brasil, 251 | ESTADUAL |
| | | PUCC - H. M. CELSO PIERRO - SOC. CAMPINEIRA DE EDUC. E INSTRUÇÃO | Ficha | (19) 3343-8664 | Avenida John Boyd Dunlop S/Nº | MUNICIPAL |
| | | HOSPITAL MUNICIPAL MARIO GATTI | Ficha | (19) 3772-5735 | Rua Pref. Faria Lima, 340 | MUNICIPAL |
| | INDAIATUBA | HOSPITAL | Ficha | (19) 3801-8200 | Avenida Francisco P Leite, 399 | MUNICIPAL |
| | JUNDIAÍ | HOSPITAL AUGUSTO DE OLIVEIRA CAMARGO | Ficha | (11) 4583-8155 | R. São Vicente De Paulo, 223 | MUNICIPAL |
| | SUMARÉ | HOSPITAL ESTADUAL SUMARÉ | Ficha | (19) 3883-8923 | Avenida Amizade, 2400 | ESTADUAL |
| | PAULÍNIA | HOSPITAL MUNICIPAL DE PAULÍNEA | Ficha | (19) 3874550 | R. Miguel Vicente Cury, 100 | MUNICIPAL |
| | AMERICANA | HOSPITAL MUNICIPAL DR. WALDEMAR TEBALDI | Ficha | (19) 3471-6750 | Av. da Saudade, 415 | MUNICIPAL |
| | STA. BÁRBARA | SANTA CASA ST. BÁRBARA D'OESTE | Ficha | (19) 3455-1855 | Rua João Lino, 914 | MUNICIPAL |
| | BRAGANÇA | HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO - BRAGANÇA PAULISTA | Ficha | (11) 2454-8501 | Av. São Francisco Assis, 218 | ESTADUAL |
| | | SANTA CASA DE BRAGANÇA PAULISTA | Ficha | (11) 4481-8000 | R. Cel. Assis Gonçalves, 700 | MUNICIPAL |
| | VINHEDO | SANTA CASA DE VINHEDO | Ficha | (19) 3836-3445 | R. Dr. Aarão Aun, 4705 | MUNICIPAL |
| | VALINHOS | SANTA CASA DE VALINHOS | Ficha | (19) 3869-5111 | Rua Onze de Agosto, 2745 | MUNICIPAL |
| ITATIBA | SANTA CASA DE ITATIBA | Ficha | (11) 4894-8899 | Av. da Saudade, 43 | MUNICIPAL | |

Figura 3: Imagem da página com os serviços que possuem o recurso selecionado, segundo a pactuação regional

todos os documentos foram convertidos para PDF, utilizando-se sistema de segurança que impede alteração do conteúdo, impressão e cópia de fragmento do texto.

Foram construídos, ao todo: 1.064 arquivos de dados, com as cidades correspondentes, os recursos ofertados e os hospitais, além de um mapa da região para orientação do regulador quanto à distância e localização dos municípios.

O sistema foi apresentado em reunião com representantes de serviços de saúde da região, membros da DRS-VII e da CROSS, sendo aprovado. Foram disponibilizados CDs com o sistema à DRS-VII e CROSS, acompanhados de tutorial para instalação e uso. Foi também entregue um plano de contingência contendo todas as tabelas impressas, organizadas segundo a cidade de origem do caso e os correspondentes recursos de referência.

A ferramenta, que foi denominada Sistema de Apoio

à Regulação de Urgência e Emergência para região de Campinas, encontra-se em uso, desde maio de 2011, auxiliando os médicos reguladores da CROSS. Também é utilizada pelos profissionais de saúde dos serviços da região que a adotam para conferir as opções de unidades para referenciamento dos casos visando, especialmente, a evitar sobrecarga dos hospitais terciários com situações de urgência de menor complexidade.

A sistemática de uso do sistema inicia-se pelo recebimento do caso pelo médico regulador da CROSS, por meio de sistema próprio da central de regulação. Diante da identificação de tratar-se de caso proveniente da região de Campinas, o regulador acessa o portal do sistema de apoio onde seleciona a cidade de origem do paciente (Figura 1). Abre-se uma tela com o leque de recursos ofertados, segundo a cidade de procedência do paciente, no qual o regulador seleciona o indicado para

**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA
DRS VII - CAMPINAS
Procedimentos / Exames**

NOME DA INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP

| ESPECIALIDADE | | SITUAÇÃO | RECURSOS NÃO DISPONÍVEIS | |
|---------------|-------------------------|----------------|--|--------------|
| CARDIOLOGIA | CARDIOVASCULAR ADULTO | DISPONÍVEL | NÃO FAZ IMPLANTE DE MARCA-PASSO DEFINITIVO EM URGÊNCIA | HEMODINÂMICA |
| | CARDIO INTERVENCIONISTA | DISPONÍVEL | | |
| | CARDIO PEDIÁTRICA | DISPONÍVEL | | |
| | ELETROFISIOLOGIA | DISPONÍVEL | | |
| | ENDOVASCULAR | DISPONÍVEL | | |
| | VASCULAR | DISPONÍVEL | NÃO FAZ IMPLANTE DE FILTRO DE VEIA CAVA EM URGÊNCIA | |
| NEUROLOGIA | INTERNAÇÃO GERAL | DISPONÍVEL | | |
| NEUROCIRURGIA | | DISPONÍVEL | | |
| NEONATOLOGIA | | NÃO DISPONÍVEL | | |
| ORTOPEDIA | INTERNAÇÃO GERAL | DISPONÍVEL | NÃO REALIZA IMPLANTE DE MEMBROS EM CASOS DE AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA | |
| CIRURGIA | CIRURGIA GERAL | DISPONÍVEL | | |
| | PEDIÁTRICA | DISPONÍVEL | | |
| OBSTÉTRICA | ALTO RISCO | DISPONÍVEL | | |
| OTORRINO | | DISPONÍVEL | | |
| OFTALMOLOGIA | | DISPONÍVEL | | |
| NEFROLOGIA | | DISPONÍVEL | NÃO FAZ HEMODIÁLISE NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA | |
| ONCOLOGIA | | DISPONÍVEL | | |
| QUEIMADOS | | DISPONÍVEL | | |
| PSIQUIATRIA | | DISPONÍVEL | | |

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BRAGANÇA PAULISTA
Bragança Paulista

Tipo de Unidade Hospitalar

Geral
 Especializado

Quantidade de Leitos

Total de Leitos: 76

Total de Leitos de UTI: 02 Leitos de UTI Infantil: 00
Leitos de UTI Adulto: 02 Leitos de UTI Neonatal: 00

Centro Cirúrgico

Centro Cirúrgico: SIM

Informações quanto ao Pronto Socorro do Hospital

MÉDICOS:

| | | | |
|------------------------|---|---|---|
| CLÍNICO | X | ORTOPEDISTA 6h presencial manhã de segunda a sexta os demais horários e dias plantão a distância | X |
| PEDIATRA | | CIRURGIÃO GERAL 12h plantão presencial, e as demais horas plantão a distância, todos os dias | X |
| GINECOLOGISTA OBSTETRA | X | CIRURGIÃO PEDIÁTRICO | |

outros médicos especialistas disponíveis:

| ESPECIALIDADE | FUNCIONAMENTO |
|---------------|----------------|
| | às _____ Horas |

| EXAMES | FUNCIONAMENTO |
|---------------|---|
| X RX | 24 HORAS |
| X LABORATÓRIO | 24 HORAS |
| X TOMOGRAFIA | das 8 hs às 18 hs de segunda a sexta, os demais horários e dias à distância |
| X ULTRASSON | das 8hs às 18hs de segunda a sexta, os demais horários e dias à distância |
| X ENDOSCOPIA | das 8hs às 18hs de segunda a sexta, os demais horários e dias à distância |

Figura 4: Imagem das páginas com informações detalhadas dos serviços de alta e média complexidade, segundo a pactuação regional

atendimento do caso (Figura 2). A seguir, o sistema abre uma página com os serviços que possuem o recurso indicado, respeitando a pactuação determinada na grade de regulação para a região (Figura 3). Nesta página, o regulador já dispõe do telefone e endereço dos serviços de saúde. A tela também informa se o serviço está sob gestão municipal ou estadual e oferece link para acesso à página com detalhes sobre a sua capacidade instalada, especialidades e recursos assistenciais disponíveis (Figura 4).

Conclusão

O sistema foi implantado na CROSS e disponibilizado às instituições envolvidas, promovendo acesso às informações de forma prática e rápida, sem dificuldade na instalação ou manuseio, permitindo distribuição regular e correta dos casos aos serviços de saúde da região. Houve relato de vários profissionais usuários do sistema sobre o auxílio que tem propiciado ao encaminhamento e sua utilidade para as argumentações relativas às opções disponíveis aos casos.

Cabe destacar que a modernização dos sistemas

de informação para gestão da Saúde não pode ser tratada somente como um modismo ou a aplicação da tecnologia em si mesma. Devem ser discutidos, planejados e implementados como políticas estratégicas dos governos, visando à interoperabilidade de todo o conjunto de seus processos e sistemas para resgatar os dados gerados em toda a Rede e seus aparelhos, transformando-os em informações que gerem e agreguem mais conhecimento aos gestores, possibilitando o monitoramento da “Saúde do Sistema”, e permitam o planejamento estratégico e a implementação de planos eficientes e eficazes para ampliação do acesso da população.

Foi de fundamental importância a parceria entre a DRS-VII e o Hospital de Clínicas-Unicamp na construção do sistema, por meio de conhecimento compartilhado, proporcionando resultado favorável aos principais envolvidos, em especial ao paciente que tem seu encaminhamento agilizado e assertivo. Com esta experiência, a CROSS almeja desenvolver sistema semelhante para atender a todas as regiões do Estado de São Paulo.

Referências

1. Adolfi Júnior MS, Pallini FM, Pessotti H, Wolf CM, Patelli HT, Capeli RD et al. Regulação médica em emergência pela plataforma web: um estudo piloto. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(6):1063-71.
2. Ministério da Saúde, DATASUS . Informações de Saúde. CNES. Estabelecimentos com Tipo de Atendimento Prestado - Urgência - São Paulo. Brasília(DF) [acesso em 9 set 2011. Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/aturgSP.def>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 2048 de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial União* n.º 219, Seção 1, p. 32-54.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1863 de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial União* Seção 1: 56.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Regulação médica das urgências. Brasília(DF): Departamento de Atenção Especializada;2006: 126 p.
6. Davenport TH, Jarvenpaa SL, Beers MC. Improving knowledge work process. *Sloan Management Review*.1996;37(4):53-65.
7. Mendonça CS, Reis AT dos, Moraes JC, organizadores. A política de regulação do Brasil. Brasília(DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116 p.
8. Prusak L. Conhecimento empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual. Peres L, tradutor. 8.ed. Rio de Janeiro: Campus; 998. 237p.
9. Rossetti AG, Morales ABT. O papel da tecnologia da informação na gestão do conhecimento. *Ci Inf*. 2007;36(1):124-135.
10. Vilarins GCM. Regulação do acesso à assistência: conceitos e desafios. *Com. Ciências Saúde*. 2010; 21(1):81-84.

Informações básicas e instruções aos autores

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é uma publicação quadrimestral do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com tiragem de dois mil exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, escritos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de Ensino e Pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, pesquisadores, médicos e gestores da área da Saúde.

Fontes de indexação: o BIS está indexado como publicação da área de Saúde Pública no Latindex. Na Capes, o BIS está nas áreas de Medicina II e Educação.

Copyright: é permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições. Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

Patrocinadores: o BIS é uma publicação do Instituto de Saúde, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Resumo: os resumos dos artigos submetidos para publicação deverão ser enviados para o e-mail boletim@isaude.sp.gov.br, antes da submissão dos artigos. Deverão ter até 200 palavras (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), em português, com 3 palavras-chave. Caso o artigo seja aprovado, um resumo em inglês deverá ser providenciado pelo autor, nas mesmas condições do resumo em português (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples, acompanhado de título e palavras-chave).

Submissão: os artigos submetidos para publicação devem ser enviados, em português, para o e-mail boletim@isaude.sp.gov.br e ter entre 15.000 e 25.000 caracteres com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências bibliográficas, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word 97/2003, ou equivalente, a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. Figuras e gráficos devem ser enviados à parte.

Título: deve ser escrito em Times New Roman, corpo 12, em negrito e caixa Ab, ou seja, com letras maiúsculas e minúsculas.

Autor: o crédito de autoria deve estar à direita, em Times New Roman, corpo 10 (sem negrito e sem itálico) com nota de rodapé numerada informando sua formação, títulos acadêmicos, cargo e instituição a qual pertence. Também deve ser disponibilizado o endereço eletrônico para contato (e-mail).

Subtítulos do Texto: nos subtítulos não se deve usar números, mas apenas letras, em negrito e caixa Ab, ou seja, com maiúsculas e minúsculas.

Corpo do Texto: o corpo do artigo deve ser enviado em Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Transcrições de trechos dentro do texto: devem ser feitas em Times New Roman, corpo 10, itálico, constando o sobrenome do autor, ano e página. Todas essas informações devem ser colocadas entre parênteses.

Citação de autores no texto: deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares.

Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (relatórios e outros): devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas somente nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Referências bibliográficas: preferencialmente, apenas a bibliografia citada no corpo do texto deve ser inserida na lista de referências. Elas devem ser ordenadas alfabeticamente e numeradas, no final do texto. A normalização seguirá o estilo Vancouver.

Espaçamento das referências: deve ser igual ao do texto, ou seja, Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Termo de autorização para publicação: o autor deve autorizar, por escrito e por via eletrônica, a publicação dos textos enviados, de acordo com os padrões aqui estabelecidos. Após o aceite para publicação, o autor receberá um formulário específico, que deverá ser preenchido, assinado e devolvido aos editores da publicação.

Obs.: no caso de trabalhos que requeiram o cumprimento da resolução CNS 196/1996 será necessária a apresentação de parecer de comitê de ética e pesquisa.

Avaliação: os trabalhos são avaliados pelos editores científicos e por editores convidados, a cada edição, de acordo com sua área de atuação.

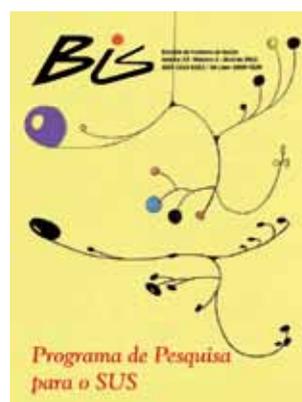
Acesso: a publicação faz parte do Portal de Revistas da SES-SP, em parceria com a BIREME, com utilização da metodologia Scielo para publicações eletrônicas, podendo ser acessada nos seguintes endereços:

Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>
Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br

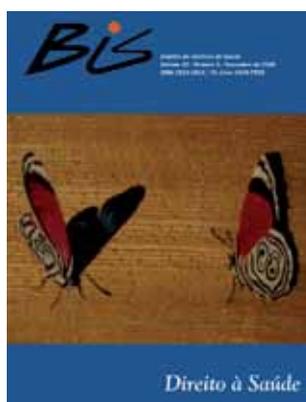
BIS - números já editados



BIS (v.13 - nº2)
Mosaico de inclusões



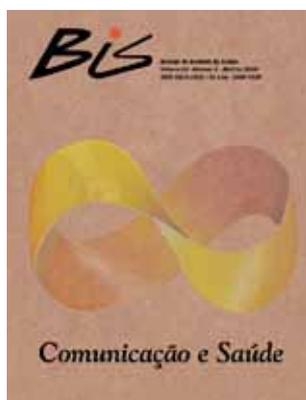
BIS (v.13 - nº1)
Programa de Pesquisa para o
SUS



BIS (v.12 - nº3)
Direito à Saúde



BIS (v.12 - nº2)
Desigualdades e Iniquidades
em Saúde

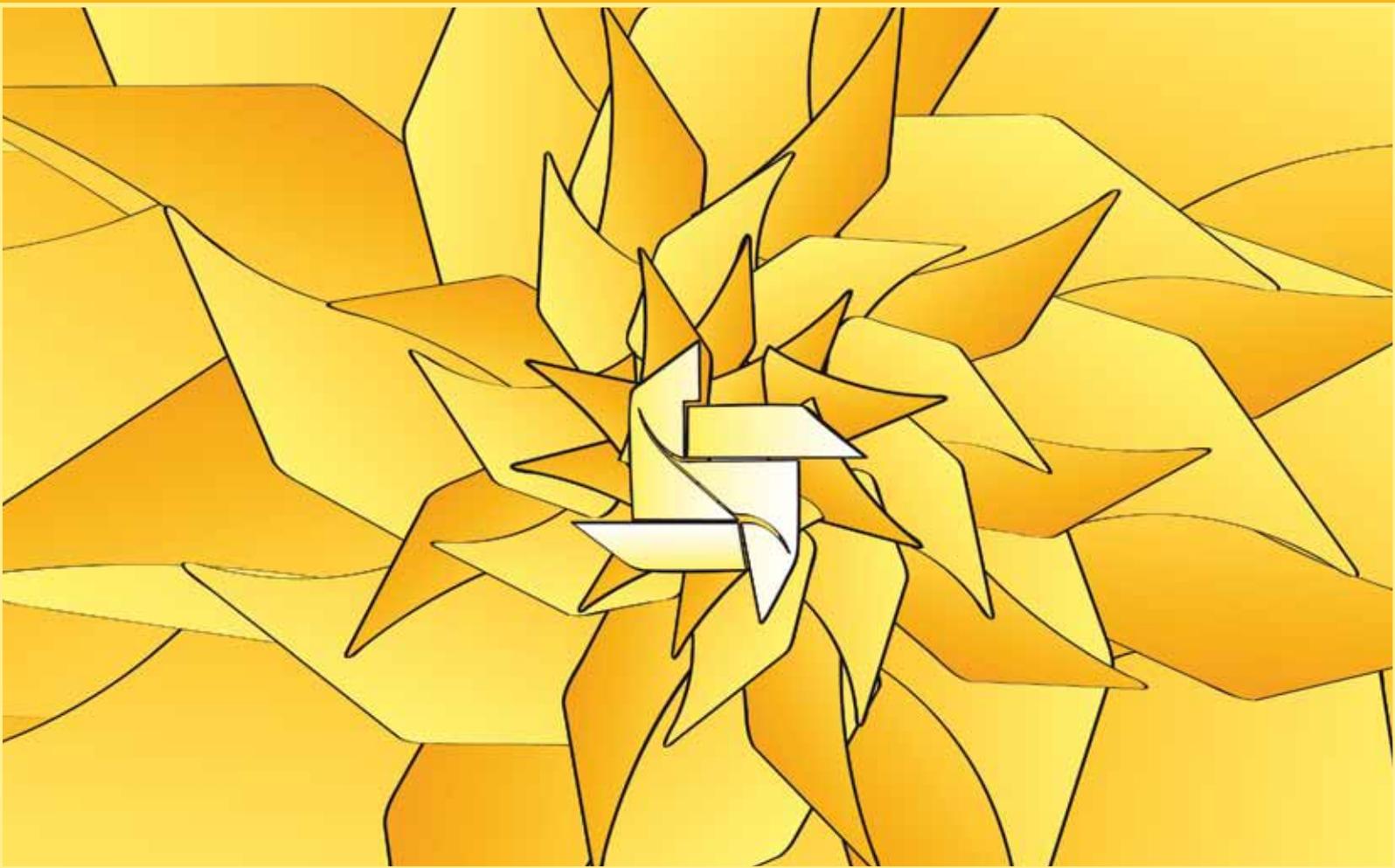


BIS (v.12 - nº1)
Comunicação e Saúde



BIS (nº48)
Formação dos Trabalhadores
para o SUS

Edições disponíveis no site www.isaude.sp.gov.br



**SECRETARIA
DA SAÚDE**

