

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES**  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

**AFRA SUASSUNA FERNANDES**

**O Papel da Esfera Estadual na Gestão  
Descentralizada da Atenção Básica em  
Pernambuco**

**RECIFE**  
**2010**

Afra Suassuna Fernandes

O Papel da Esfera Estadual na Gestão Descentralizada da Atenção Básica em  
Pernambuco

Dissertação apresentada ao Curso  
de Mestrado Profissional em Saúde  
Pública do Centro de Pesquisas  
Aggeu Magalhães, Fundação  
Oswaldo Cruz para obtenção do  
grau de mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Rômulo Maciel Filho

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Ana Paula Sóter

Recife

2010

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

F363a Fernandes, Afra Suassuna.  
O papel da esfera estadual na gestão descentralizada da atenção básica em Pernambuco / Afra Suassuna Fernandes. — Recife: A. S. Fernandes, 2010.  
124 f. : il., mapas, graf.

Dissertação (mestrado profissional em Saúde Pública) — Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientador: Rômulo Maciel Filho.  
Co-orientadora: Ana Paula Sóter.

1. Avaliação em saúde. 2. Descentralização. 3. Atenção Básica em Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. I. Maciel Filho, Rômulo. II. Sóter, Ana Paula. Título.

---

CDU 614.39

Afra Suassuna Fernandes

O Papel da Esfera Estadual na Gestão Descentralizada da Atenção Básica em  
Pernambuco

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de mestre em Ciências.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.Dr. Rômulo Maciel Filho

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

---

Prof.Dr. José Luiz C.A. Araújo Júnior

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

---

Prof.Dr. Gilliatt H.Falbo Neto

Faculdade Pernambucana de Saúde

Para Pedro Miguel, Pedro, Beatriz e  
Helena, Alcides e Beta com todo o  
meu amor.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço “Aos amigos que são muitos e bons”

do IMIP

da Faculdade Pernambucana de Saúde

da Secretaria de Saúde de Recife

das Secretarias Estaduais de Saúde de  
Pernambuco e Bahia

do Ministério da Saúde

do CONASEMS e CONASS

do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Agradeço ainda ao meu orientador Rômulo

Maciel, às minhas muito queridas Ana Paula

Sóter e Reneide Muniz e às “ tias”

Zulmira Hartz e Célia Pierantoni.

FERNANDES, Afra Suassuna. **O papel da esfera estadual na gestão descentralizada da Atenção Básica em Pernambuco**. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

## RESUMO

O Fortalecimento da Atenção Básica em Saúde constitui-se como prioridade do *Pacto de Gestão*. A Política Nacional de Atenção Básica e a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária de Pernambuco estabelecem as responsabilidades estaduais desse nível de atenção. Este estudo analisa o papel da esfera estadual na gestão descentralizada da Atenção Básica em Pernambuco. Inicialmente revisamos o elenco de Funções Estratégicas de Gestão da Esfera Estadual (Feges) definido por Soter (2009), relacionando-o à Atenção Básica. Concluída a revisão das Feges, submetemos à apreciação de especialistas em Conferência de Consenso. As funções que apresentaram média de notas igual ou maior que 7 e desvio padrão igual ou menor que 3 compuseram o elenco das funções mais importantes e mais consensuais. As 67 funções resultantes do consenso foram agregadas em planilha final e distribuídas em oito macrofunções para a gestão estadual da AB. A etapa seguinte constituiu na construção de matriz de monitoramento de indicadores de análise da esfera estadual, com 49 indicadores baseados na imagem-objetivo das Feges consensuadas. Após a aplicação da matriz, obtivemos, como resultado, que a macrofunção de fortalecimento da municipalização obteve desempenho muito bom; duas outras (Negociação e Coordenação; Gestão e Gerência das Ações e Serviços) apresentaram bom desempenho; duas (Formulação e Avaliação de Políticas e Gestão e Desenvolvimento de RH) obtiveram regular desempenho; e três (Regulação, Integração das ações de Vigilância em Saúde e Promoção de Equidade), fraco desempenho. Apontamos ao final do estudo as funções que poderão ser aperfeiçoadas.

**Palavras-chaves:** Avaliação em saúde. Descentralização. Atenção Básica em Saúde. Sistema Único de Saúde.

FERNANDES, Afra Suassuna. **The role of the state level in the decentralized management of Primary Care in Pernambuco.** 2010. Dissertation (Professional Master in Public Health) - Research Center Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010

### **ABSTRACT**

The development of Primary Health Care has become a priority for the *Pacto pela Saúde 2006*. The National Policy on Primary Health Care and the Primary Attention Strengthening State Policy of Pernambuco establish the state responsibilities of this level of attention. This study examines the role of the state level in the decentralized management of Primary Attention in Pernambuco. We initially revised the Strategic Management Functions at the State Level (FEGES) defined by Soter (2009) related to Primary Care. After completing the FEGES review, we submitted them to the examination of experts in a Consensus Conference. Those functions who received average scores equal to or greater than 7 and standard deviation equal to or less than 3, composed the most important and most consensual cast. The 67 resulting functions from the consensus were aggregated into the final spreadsheet divided into eight macro functions for the state management of Primary Attention. The next step was to create a monitoring array of analysis indicators for the state level with 49 indicators based on the objective image of consensual FEGES. After applying the array, we obtained as a result that the macro function of municipalization strengthening achieved a very good performance. Another two (Negotiation and Coordination, Administration and Actions and Services Management) presented good performance, two (Formulation and Evaluation Policy and Management and HR Development) had regular performance and three had poor performance (Regulation, Integration of Surveillance in Health, Promotion of Equity). We also pointed out at the end of the study the functions that could be improved.

**Keywords:** Health assessment, Decentralization, Primary Care in Health, National Health System.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| Quadro 1- | Matriz de Avaliação Feges/AB.  | 53 |
| Quadro 2- | Classificação dos Eixos de Macro funções de gestão após apreciação de Especialistas. | 55 |
| Figura 1- | Mapa: Organização Territorial por Regiões de Desenvolvimento de Pernambuco.          | 63 |
| Figura 2- | Mapa: Situação de implantação das ESF, ESB e ACS no Brasil.                          | 68 |
| Quadro 3- | Matriz de Avaliação Feges/AB de Pernambuco.  | 71 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|           |  |
|-----------|--|
| AB        | Atenção Básica   |
| ACS       | Agente Comunitário de Saúde  |
| AIDS      | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida                               |
| AIS       | Ações integradas de Saúde  |
| AMQ       | Avaliação para Melhoria da Qualidade                                 |
| APS       | Atenção Primária à Saúde   |
| BM        | Banco Mundial  |
| Cebes     | Centro de Estudos Brasileiros de Saúde                               |
| CES       | Conselho Estadual de Saúde   |
| CIB       | Comissão Intergestores Bipartite                                     |
| CIT       | Comissão Intergestores Tripartite                                    |
| CNES      | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde                       |
| CNS       | Conselho Nacional de Saúde   |
| Conasems  | Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde                 |
| Conass    | Conselho Nacional de Secretários de Saúde                            |
| Cosems/PE | Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Estado de Pernambuco |
| COPC      | Community Oriented Primary Care                                      |
| CPqAM     | Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães                                  |
| DAB       | Departamento de Atenção Básica                                       |
| Datasus   | Departamento de Informação e Informática do SUS                      |
| DNSP      | Departamento Nacional de Saúde Pública                               |
| EC 29     | Emenda Constitucional n° 29  |
| ESB       | Equipe de Saúde Bucal  |
| ESF       | Equipe de Saúde da Família   |
| Feges     | Funções Estratégicas de Gestão da Esfera Estadual                    |
| FES       | Fundo Estadual de Saúde  |
| Fesp      | Funções Essenciais de Saúde Pública                                  |
| Fiocruz   | Fundação Oswaldo Cruz  |
| Fsesp     | Fundação Serviço Especial de Saúde Pública                           |

|          |  |
|----------|--|
| Funrural | Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural        |
| Geas     | Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde do IMIP        |
| Geres    | Gerências Regionais de Saúde                                   |
| GM       | Gabinete do Ministro   |
| Gpab     | Gestão Plena da Atenção Básica                                 |
| Gpab-A   | Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada                        |
| GPSM     | Gestão Plena do Sistema Municipal                              |
| IAPs     | Institutos de Aposentadorias e Pensões                         |
| IBGE     | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                |
| IMIP     | Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira     |
| Inamps   | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| INPS     | Instituto Nacional da Previdência Social                       |
| Lafepe   | Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco               |
| MS       | Ministério da Saúde  |
| Nasf     | Núcleos de Apoio à Saúde da Família                            |
| Noas     | Norma de Organização da Assistência                            |
| NOB/SUS  | Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde             |
| OMS      | Organização Mundial da Saúde                                   |
| Opas     | Organização Pan-Americana de Saúde                             |
| PAB      | Piso de Atenção Básica   |
| Paba     | Piso de Atenção Básica Ampliado                                |
| Pacs     | Programa de Agentes Comunitários de Saúde                      |
| Pais     | Programa de Ações Integradas de Saúde                          |
| Paisc    | Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança                |
| Paism    | Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher                 |
| PDI      | Plano Diretor de Investimento                                  |
| PDR      | Plano Diretor de Regionalização                                |
| PE       | Pernambuco   |
| PES      | Plano Estadual de Saúde  |

|        |  |
|--------|--|
| PEC    | Programa de Extensão Comunitária do IMIP                   |
| Piass  | Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento |
| Pnab   | Política Nacional de Atenção Básica                        |
| PNI    | Programa Nacional de Imunização                            |
| PPA    | Plano Plurianual   |
| PPI    | Programação Pactuada e Integrada                           |
| Proesf | Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família     |
| PSF    | Programa de Saúde da Família                               |
| RH     | Recursos Humanos   |
| RMR    | Região Metropolitana do Recife                             |
| Samu   | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência                   |
| SAS    | Secretaria de Atenção à Saúde                              |
| SCNES  | Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  |
| SES    | Secretaria Estadual de Saúde                               |
| Sesp   | Serviço Especial de Saúde Pública                          |
| Siab   | Sistema de Informação da Atenção Básica                    |
| SMS    | Secretaria Municipal de Saúde                              |
| SNS    | Sistema Nacional de Saúde                                  |
| Sucam  | Superintendência de Campanhas de Saúde Pública             |
| Suds   | Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde               |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                                     |
| SVS    | Secretaria de Vigilância em Saúde                          |
| TCG    | Termo de Compromisso de Gestão                             |
| Unicef | United Nations Children's Fund                             |
| USF    | Unidade de Saúde da Família                                |

## SUMÁRIO

|  |     |
|--|-----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>  | 13  |
| <b>2 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL</b>                                      | 17  |
| 2.1 A descentralização no Sistema Único de Saúde                       | 17  |
| 2.2 Os estados e a descentralização do Sistema Único de Saúde          | 21  |
| 2.3 A Atenção Básica   | 27  |
| 2.3.1 <i>Aspectos históricos e conceituais</i>                         | 27  |
| 2.3.2 <i>Atenção Básica no Brasil</i>                                  | 33  |
| <b>3 MATERIAL E MÉTODOS</b>  | 48  |
| 3.1 Construção dos instrumentos de avaliação                           | 48  |
| 3.2 Desenho do estudo  | 50  |
| 3.3 Unidade de análise   | 51  |
| 3.4 Coleta de dados  | 51  |
| 3.5 A construção do consenso   | 54  |
| <b>4 A ATENÇÃO BÁSICA EM PERNAMBUCO</b>                                | 63  |
| 4.1 Caracterização do Estado   | 63  |
| 4.1.1 <i>Perfil demográfico</i>  | 64  |
| 4.1.2 <i>Perfil epidemiológico</i>                                     | 65  |
| 4.1.3 <i>Rede de serviços</i>  | 66  |
| 4.2 A gestão da Atenção Básica em Pernambuco                           | 67  |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>  | 88  |
| <b>REFERÊNCIAS</b>   | 91  |
| <b>APÊNDICES</b>   | 98  |
| <b>APÊNDICE A-</b> Lista de participantes da Conferência de Consenso   | 99  |
| <b>APÊNDICE B-</b> Roteiro para entrevistas                            | 100 |
| <b>APÊNDICE C-</b> Termo de consentimento livre e esclarecido          | 104 |
| <b>ANEXOS</b>  | 105 |
| <b>ANEXO A-</b> Planilha com Feges/AB para apreciação de especialistas | 106 |
| <b>ANEXO B-</b> Planilha com Feges/AB após apreciação de especialistas | 117 |

## 1 INTRODUÇÃO

Passados vinte anos do início da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), alguns desafios permanentes para a sua consolidação ainda estão colocados. Várias são as conquistas, tanto nos processos de descentralização, da consolidação das Instâncias de Pactuação (Comissões Intergestores) e do financiamento (seus mecanismos de repasse entre fundos de saúde) quanto dos processos de participação social e gestão participativa, habilitação de estados e municípios (SOUZA, 2006).

No campo específico da gestão descentralizada, podemos identificar alguns outros avanços, como a ampliação de acesso aos serviços, a criação de instâncias de pactuação, a incorporação de novos atores e o fortalecimento do controle social (SOLLA et al., 2002).

A Constituição Federal de 1988 define claramente a conformação da rede de atenção à saúde e a diretriz da descentralização, bem como a Lei Orgânica da Saúde.

Para a efetivação e garantia dos avanços referidos, o sistema de saúde passou por processo de normatização intenso. O conjunto de normas que criou o arcabouço operacional do SUS — quais sejam, Normas Operacionais Básicas 91, 93 e 96, Norma Operacional da Assistência (Noas) 01/02 e por último o Pacto pela Saúde 2006, colocam a descentralização do sistema como elemento fundamental para o seu êxito e apontam na direção da definição dos papéis das três esferas de gestão neste processo.

Dentre as normas citadas destacamos a NOB 96 por sua explicitação dos papéis básicos para a gestão estadual do SUS. Com o Pacto novas estratégias de integração e articulação da política de saúde foram introduzidas redefinindo o formato de condução das relações entre as esferas de Estado e o desafio de superar a fragmentação das políticas e programas nacionais (SÓTER, 2009).

A descentralização das ações de saúde toma o rumo inicial da municipalização (NOB 93 e 96) e depois, retoma um esforço no sentido da regionalização (NOAS 2001/2002 e Pacto de Gestão 2006).

O processo de regionalização estabelece o espaço regional como o lócus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse

espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal (SÓTER, 2009).

Em que pese todo o arcabouço normativo, efeitos não desejados e pontos críticos na reformulação dos modelos assistenciais em saúde tornam-se alvo de debates na sociedade brasileira, em busca da consolidação do SUS (ALVES, 2008). A disputa de poder, de influência, estruturas e recursos constituem o cerne do processo de descentralização. Foi o gestor estadual aquele que sofreu o maior impacto com a descentralização, pois teve seu papel modificado de executor e contratante de ações para coordenador, apoiador e regulamentador do sistema estadual de saúde (SOUZA, 2001). A esfera estadual ganha poder na coordenação e acompanhamento do sistema de saúde, na gerência dos serviços de referência estadual, restando à União a coordenação geral e regulação do SUS.

O desafio para efetivação de serviços que consiga responder aos problemas de saúde dos usuários tem assumido papel de destaque, ganhando relevância na discussão sobre modelos de atenção à saúde. Em pesquisa publicada pelo Ministério da Saúde, Gestores do SUS: Olhares e Vivências, as prioridades das Secretarias Estaduais de Saúde mais referidas nas entrevistas foram descentralização/interiorização (30%), redução da mortalidade infantil e materna (23%) e fortalecimento/ampliação da atenção básica/PSF (20%). No mesmo estudo, a baixa capacidade do Governo para implementação de políticas públicas foi apontada como grande dificuldade enfrentada pelos gestores no processo de modernização do Estado e, conseqüentemente, no processo político-administrativo de descentralização (BRASIL, 2005).

Na perspectiva do aprimoramento do processo de gestão dos sistemas de saúde e da consolidação da esfera estadual, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), em conjunto com o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), definiu funções, identificadas como cruciais para a prática de saúde pública nos países da América, denominadas Funções Essenciais de Saúde Pública (Fesp). Essas funções foram aplicadas em oficinas de autoavaliação, sendo descritas, como as Funções Essenciais de Saúde Pública para aplicação nos estados brasileiros, monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde; vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde; promoção da saúde; participação social em saúde; desenvolvimento de políticas e capacidade

institucional de planejamento e gestão pública da saúde; capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde; promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde; desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública; garantia e melhoria da qualidade dos serviços individuais e coletivos; pesquisa e incorporação tecnológica em saúde; e condução da mudança do modelo de atenção à saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE, 2007).

Com o objetivo de elaborar um sistema de avaliação do papel das esferas estaduais na gestão do SUS e avaliar, por meio de estudo de caso, como Pernambuco desenvolve essas funções e suas principais dificuldades, Soter (2009) realizou pesquisa na qual definiu o conjunto de Funções Estratégicas de Gestão da Esfera Estadual (Feges), agregadas em oito eixos (macrofunções), seguidas da construção de consenso em torno desse elenco de funções. Dentre os resultados encontrados no estudo, o fraco desenvolvimento da macrofunção Fortalecimento da Municipalização favorece um modelo de gerenciamento da rede de serviços concentrado na esfera de gestão estadual do SUS, o que a sobrecarrega com funções administrativas, em detrimento das demais funções de formulação, avaliação, regulação, promoção de equidade e gestão e gerência de recursos humanos (SÓTER, 2009).

As apreciações das funções de formulação, acompanhamento e avaliação da Atenção Básica, no estudo referido, receberam notas menores que as conferidas às mesmas funções em relação à média e alta complexidade (SÓTER, 2009). Para Ibañez, são escassas as pesquisas voltadas para avaliação organizacional ou desempenho da AB e visão crítica dos seus mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação (IBÁÑEZ et al., 2003).

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

A Política Nacional de Atenção Básica caracteriza este nível de atenção como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a

promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social.

As análises descritas e a inserção da pesquisadora nas atividades profissionais no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip), nas funções de Coordenação do Programa de Extensão Comunitária (PEC), e no Grupo de Estudos em Gestão e Avaliação em Saúde (Geas), centro colaborador na área de avaliação da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, bem como sua trajetória no SUS no âmbito da Atenção Básica em Saúde, impulsionaram o interesse pelos temas da avaliação e gestão.

Nesse sentido, e considerando a complexidade que envolve o processo de descentralização do SUS, os achados referidos no estudo de Sóter e a recente e relevante implantação da Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária em Pernambuco despertam grande interesse em avaliar como o estado desempenha o seu papel na gestão descentralizada da Atenção Básica.

Nosso estudo tem como objetivo geral: Avaliar como a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco desenvolve seu papel na gestão descentralizada da Atenção Básica.

Os objetivos específicos são:

- Identificar e validar, no elenco de Funções Estratégicas de Gestão da Esfera Estadual (Feges), aquelas relacionadas à Atenção Básica;
- Elaborar indicadores para análise do papel da esfera estadual;
  - Elaborar matriz para sistema de monitoramento e avaliação do desenvolvimento do papel da esfera estadual na gestão descentralizada da Atenção Básica, no SUS.

Acreditamos que a conclusão do estudo poderá trazer subsídios para o aperfeiçoamento da gestão estadual da Atenção Básica em Saúde no Estado de Pernambuco, bem como no âmbito nacional.

## 2 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

### 2.1 A descentralização no Sistema Único de Saúde

A ampliação das funções de Estado ocorridas ao longo do século XX, da mesma forma que a complexidade das decisões a serem tomadas, orientou demandas por autonomia regional e pela institucionalização de espaços locais com estímulo ao engajamento cívico dos cidadãos (ARRETCHE, 2005).

Para Maciel (2008, p.170),

em um estado federalista, a ação dos governos locais depende, em grande parte, da ação do Governo Federal, que pode induzir decisões e políticas públicas na esfera local. A habilidade político-administrativa, o desempenho de gasto e as relações e estratégias de articulação entre esferas de governo são decisivas no desempenho da gestão.

Na década de 1980, ocorreram reformas de tipo descentralizador em um número expressivo de países. Tais reformas foram realizadas segundo estratégias distintas, sendo as mais conhecidas a desconcentração, a delegação, a transferência de atribuições e a privatização ou desregulação. Em outras palavras, com base em perspectivas políticas distintas se produziu um grande consenso em torno da descentralização (ARRETCHE, 1996).

Nessa perspectiva, Hortale, Pedroza e Garcia Rosa, (2000) afirmam que

na dimensão política, a descentralização não é considerada um valor e um fim em si mesma, mas uma condição necessária para melhorar o acesso, a adequação da resposta social, a participação, a qualidade, a sustentação e a equidade no campo da saúde. Consideramos que um sistema de saúde descentralizado, em uma dinâmica de transferência de recursos e autoridade às diferentes instâncias do sistema de saúde, causa um impacto positivo na gestão e nas diferentes modalidades de atenção e dá oportunidade para que os processos de reforma permitam a geração e desenho de novos modelos de atenção, papéis e funções, modalidades de capacitação, sistemas de remuneração e novas formas de participação das instituições, sindicatos e setores acadêmicos.

Considerando-se que o Brasil é um país continental e complexo, marcado por profundas desigualdades econômicas, sociais, demográficas, culturais e sanitárias, tornou-se imperativa a descentralização das políticas públicas, inclusive na área de saúde. Os municípios são entes federativos, dotados de autonomia política,

administrativa e financeira, fato que torna o País um sistema federativo especial, reforçando a opção pela descentralização setorial (SOLLA, 2005).

Diante disso, Chaves e Vieira da Silva (2007) apontam que o processo de descentralização das ações de saúde no Brasil, iniciado na década de 1980, vem sendo caracterizado por redefinição das funções e competências entre os níveis federal, estadual e municipal, com ênfase na municipalização das ações de saúde.

Para Arretche (1996),

Ao longo dos anos 80, a coalizão favorável à consolidação de um sistema hierarquizado e descentralizado de prestação de serviços de saúde, com forte presença nos fóruns nacionais e em aliança com governadores e prefeitos, conseguiu uma série sucessiva de medidas que redundaram em uma efetiva reforma do setor. Essa reforma, que redistribuiu funções e competências entre os níveis de governo, tem uma direção clara: os municípios passam progressivamente a ter capacidade decisória, competências e recursos para a prestação dos serviços básicos de saúde.

No Brasil pós-1988, a autoridade política de cada nível de governo é soberana e independente das demais. Diferentemente de outros países, os municípios brasileiros foram declarados entes federativos autônomos, o que implica que um prefeito é autoridade soberana em sua circunscrição, não sendo suficiente que a União se retire da cena para que, por efeito das novas prerrogativas fiscais e políticas de estados e municípios, estes passem a assumir, de modo mais ou menos espontâneo, competências de gestão (ARRETCHE, 1999).

A importância da esfera municipal para o processo de descentralização consolida-se na década de 1990, ainda que de modo lento, gradual e negociado, tornando-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no País e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde (BODSTEIN, 2002).

A descentralização no setor saúde apresenta, potencialmente, diversas vantagens nos âmbitos administrativo, político e econômico, entre elas: possibilidade de organizar, de forma mais racional, o sistema de saúde com base em áreas administrativas locais, particularmente para atenção primária à saúde; facilitação na coordenação intersetorial; admissão de soluções locais para problemas relacionados a grandes distâncias, comunicação inadequada e áreas de difícil acesso; criação de maiores oportunidades para inovações e aumento do universo de experiências positivas de gestão; promoção de contato mais próximo entre governo e população; melhores condições para formulação de políticas, planos e programas mais realistas

e adequados à realidade local; melhores condições para incrementar a provisão de atenção à saúde em regiões com baixa cobertura; aquisição local de determinados tipos de insumos, estimulando a economia na região; facilitação da participação da comunidade, permitindo melhorar o controle sobre os recursos aplicados, a aceitabilidade, a cooperação e a sustentabilidade da política de saúde; possibilidade de representações de vários grupos sociais, étnicos, religiosos e políticos em diferentes regiões do País participando mais diretamente das tomadas de decisão sobre as políticas de saúde; abertura para que as políticas nacionais penetrem em áreas distantes, onde o suporte para programas nacionais são geralmente mais frágeis (ARAÚJO JÚNIOR, 1994).

Segundo Menicucci (2007, p. 304), a Constituição de 1988:

(...) trouxe importantes inovações no campo da saúde ao consagrar o direito à saúde e ao definir princípios e diretrizes para orientar a política setorial, os quais, formalmente, alteraram significativamente o padrão anterior, particularmente ao garantir o acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de saúde, que pode ser considerado o objetivo fundamental da reforma da política de saúde.

O Capítulo I, Artigo 198, apresenta, dentre os princípios da gestão do SUS, a “descentralização, com direção única em cada esfera de governo”<sup>1</sup> e também atribuiu, entre as competências do município, “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”<sup>2</sup>. Também a Lei Orgânica da Saúde definiu a “descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo” com “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios”<sup>3</sup> (SOLLA, 2002).

Para Arretche (1996), centralização significa a concentração de recursos e/ou competências e/ou poder decisório nas mãos de entidades específicas no “centro” (governo central, agência central etc.). Descentralizar é deslocar esses recursos do “centro” e colocá-los em outras entidades específicas (os entes descentralizados).

Foram diversas as iniciativas institucionais e legais voltadas para criar as condições de viabilização plena do direito à saúde, destacando-se, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080/90 e nº 8.142/90) e as Normas Operacionais Básicas (NOB), instrumentos de regulamentação que progressivamente aprofundaram o processo de

<sup>1</sup> Art. 198, I, da Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. (BRASIL, 2001a)

<sup>2</sup> Art. 30, VII da Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. (BRASIL, 2001a)

<sup>3</sup> Art. 7º, IX, alínea "a" da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90). (BRASIL, 1990)

descentralização da gestão do sistema de saúde definindo as relações entre as três esferas de governo.

Para regulação do processo de descentralização no SUS, foram criadas as Normas Operacionais Básicas do SUS (Nobs) (BRASIL, 1991, 1992, 1993, 1996) e as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas) (BRASIL, 2001, 2002) em fóruns tripartites. Este também foi o caso do Pacto pela Saúde publicado em 2006, última norma a orientar esse processo na atualidade. Essas normas se constituíram em mecanismos regulatórios do Ministério da Saúde para colocar a Lei Orgânica de Saúde em prática. Regulamentaram a divisão de responsabilidades entre a União, estados e municípios, definiram processos de habilitação de estados e municípios em condições de gestão e os mecanismos de financiamento, incluindo critérios e fluxos de repasse de recursos. Com o Pacto de Gestão, o foco desta regulação passa às metas e aos resultados nas condições de saúde, em favor da autonomia e responsabilidade de cada um deles na elaboração de seus programas (ALVES, 2008).

A NOB 01/91, estabeleceu a transferência de recursos para estados e municípios através de convênios, considerando estes entes federativos como prestadores de serviços.

A NOB/SUS - 01/93 criou três alternativas de gestão expressando graus crescentes de descentralização: incipiente e parcial, onde continuavam apenas como prestadores de serviços ao SUS, e a gestão semiplena, onde pela primeira vez alguns municípios passaram efetivamente a assumir a gestão do sistema de saúde. A NOB 01/96 instituiu o conceito de responsabilização de cada gestor em seu respectivo nível de governo. Trouxe ainda duas inovações importantes ao processo de descentralização do SUS, introduzindo o conceito de responsabilidade sanitária para cada gestor do SUS e estabelecendo o repasse fundo a fundo de recursos financeiros. Além disso, definiu 04 “papéis básicos” para o gestor estadual: exercer a gestão do SUS estadual; promover condições para que os municípios assumam a gestão de saúde de seus municípios; assumir, transitoriamente, a gestão de sistemas municipais e promover a harmonia, a integração e a modernização dos sistemas municipais, o que pode ser resumido em dois grandes papéis – ser gestor do SUS estadual e fortalecer a municipalização da saúde. Definiu dois níveis de gestão possíveis para os municípios — gestão plena da atenção básica e gestão

plena do sistema municipal de saúde e duas modalidades para os estados — gestão avançada e gestão plena de sistema de saúde (SÓTER, 2005).

O processo de (re)centralização, com ênfase no fortalecimento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, foi desencadeado com a elaboração e implementação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (2001/2002), instrumento de política que pretendia estimular a regionalização da assistência através da organização de sistemas microrregionais de saúde, capazes de garantir economia de escala na compra de insumos e a integralidade da atenção, com base na implementação de redes de serviços que articulassem os vários níveis de atenção. Esse processo foi temporariamente interrompido com a mudança de governo em 2003, instalando-se um debate acerca da opção excessivamente “normativa” adotada durante a década de 1990, o que culminou com a aprovação dos Pactos da Saúde, em 2006, novo instrumento de política que pretende instituir um processo de negociação permanente entre gestores, no sentido de garantir a implementação de políticas e ações prioritárias (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Nos últimos quatro anos, a implementação do Pacto pela Saúde vem se dando pela adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG). O TCG substitui os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes. As formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios também foram modificadas pelo Pacto pela Saúde, passando a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS) e substituindo, assim, as mais de cem formas que eram utilizadas para essa finalidade, com metas e compromissos para cada ente da federação, sendo renovado anualmente (BRASIL, 2006a).

## 2.2 Os estados e a descentralização do Sistema Único de Saúde

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, apontou responsabilidades de cada ente federativo no processo de gestão do Sistema Nacional de Saúde e a necessidade desse sistema ser coordenado por um único ministério. Sumariamente o nível federal seria responsável pela formulação e condução da política nacional de saúde; o nível estadual, pela gestão, planejamento, coordenação, controle e avaliação da política nacional de saúde na unidade

federativa, que inclui a elaboração do plano diretor de saúde da UF e prestação de serviços de saúde de abrangência estadual e regional; o nível municipal teria seu papel definido de acordo com as características e peculiaridades de cada caso, com estreita coordenação com o nível estadual, e, como diretriz básica, sua responsabilidade mínima seria a gestão dos serviços básicos de saúde (BRASIL, 1986).

Os preceitos acordados por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram consagrados na Constituição Federal de 1988, no capítulo sobre a Seguridade Social, e detalhados nas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, que tratam da organização dos serviços, da participação comunitária e do financiamento do sistema (CASTRO, 2009).

A Lei nº 8.080/90 definiu competências de cada esfera de governo. Aos estados, cabe promover a descentralização dos serviços e ações de saúde, prestando apoio técnico e financeiro aos municípios; e apenas, supletivamente, executando ações de saúde (artigo 17, XV) (ALVES, 2008).

A definição de atribuições de cada esfera de governo no SUS requer atividades e responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) em dirigir um sistema de saúde capaz de garantir os preceitos constitucionais de universalização, integralidade e equidade, por meio de uma rede de serviços de saúde descentralizada, regionalizada e hierarquizada. A identificação dos limites dos modelos de atenção à saúde hegemônicos no Brasil e de experiências que têm buscado sua superação e a construção de intervenções que concretizem os princípios e diretrizes do SUS levaram à elaboração de diversas proposições, entre as quais, têm se destacado: ações programáticas de saúde, acolhimento, vigilância da saúde, cidades saudáveis e promoção da saúde (TEIXEIRA, 2002).

O debate sobre o papel do gestor estadual ganha força, por um lado, diante de um cenário inicial de descentralização municipalista e, por outro lado, pelo grande poder concentrado nas mãos da gestão federal. O gestor federal acaba imprimindo o rumo da política de saúde no País devido ao forte poder de financiamento de intervenções nas esferas estaduais e municipais (ARRETCHE, 2001).

De uma maneira geral no Brasil, a perda de autonomia dos estados, em razão dos seus níveis crescentes de endividamento, contribuiu para que a experiência da descentralização ocorresse com períodos de recentralização de recursos no

Governo Federal, especialmente nos anos 1990 (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002). Desta maneira, grande parte dos estados não conseguiu ampliar os investimentos em saúde nesse período nem criar incentivos financeiros, comprometendo o seu papel na coordenação e indução de políticas estaduais (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004).

A Emenda Constitucional nº 29, de 2000, surge como mais um elemento normativo que convoca os estados a assumirem sua responsabilidade no financiamento tripartite da Saúde, em que pese todo esse déficit de recursos financeiros. Esta discussão volta à tona recentemente com o fim da Contribuição Permanente sobre a Movimentação Financeira (CPMF) (ALVES, 2008). O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2004) aponta o enfraquecimento da relação dos estados com os municípios pelo estabelecimento da relação direta entre o Ministério da Saúde e as secretarias municipais de saúde, especialmente com a implantação dos repasses fundo a fundo.

Pode-se dizer que houve secundarização do papel do Estado e, nesta fase, uma verdadeira crise de identidade das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), tanto do ponto de vista organizacional (pela verticalização, fragmentação, concentração de ações e serviços e fraco exercício da função de regulação) quanto dos aspectos de financiamento (pouco investimento de recursos próprios na saúde, pouca participação no financiamento dos sistemas estaduais, pouca participação na divisão dos tributos nacionais). Ainda há quem considere a descentralização realizada como concentradora, por favorecer as capitais e as cidades polos no recebimento de um volume maior de recursos (MARTINS JÚNIOR, 2004).

Vilasbôas (2008) igualmente analisa as complexas relações intergovernamentais na formulação e implementação das políticas de saúde, ressaltando o forte papel indutor exercido pelo Governo Federal, mediante mecanismos de transferências de recursos financeiros para os municípios em função da sua adesão a determinadas políticas, negociadas nas instâncias intergestoras.

O que se percebe é que a descentralização das ações de saúde toma o rumo inicial da municipalização (NOB 93 e 96) e, depois, retoma um esforço no sentido da regionalização (NOAS 2001/2002 e Pacto de Gestão 2006). A esfera estadual ganha poder na coordenação e acompanhamento do sistema de saúde, na gerência dos serviços de referência estadual, restando à União a coordenação-geral e regulação

do SUS. Ao município, caberia o papel de gerenciador e principal produtor de serviços de saúde, sobretudo na Atenção Básica (AB). De um modo geral, o conteúdo das normas deixa claro que a função das secretarias estaduais de saúde é de coordenação do sistema de referência intermunicipal (ALVES, 2008). A provisão de recursos e incentivos financeiros adequados ao fortalecimento dessas novas funções foi insuficiente, uma vez que o financiamento permanecia vinculado à oferta de serviços, fazendo com que os estados quisessem sair em disputa com os municípios (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002).

O Pacto pela Saúde, instituído em 2006, advém de intenso debate, na Comissão Intergestores Tripartite realizada nos anos de 2004 a 2005, sobre as responsabilidades dos três gestores. Um dos objetivos almejados foi a busca da superação da fragmentação de políticas e programas. As habilitações dos estados e municípios pela NOB 96 e Noas 2001/2002 são extintas, e, em seu lugar, ocorre a adesão ao Pacto pela Saúde mediante assinatura do Termo de Compromisso de Gestão. Esse termo contém metas a serem alcançadas. O Pacto foi publicado através da portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, contemplando três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a).

O planejamento de ações de qualificação da gestão, apontada na Noas/2002, para fortalecer a capacidade de gestão dos estados só alcança a provisão de recursos financeiros recentemente com o Pacto de Gestão e com a publicação da portaria 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que se propõe a alterar o financiamento do SUS (ALVES, 2008). A transferência dos recursos federais passa a ocorrer na forma de blocos de financiamento (BRASIL, 2006a). O financiamento do Bloco Gestão do SUS é constituído por dois componentes: Qualificação da Gestão e Implantação das Ações e Serviços.

O componente Qualificação da Gestão abrange previsão de investimento em regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento; planejamento e orçamento; programação; regionalização; gestão do trabalho; educação em saúde; incentivo à participação e ao controle social; informação e informática em saúde; estruturação e organização das ações de assistência farmacêutica; e outros que vierem a se constituir por atos normativos, obedecendo, assim, às ações de qualificação da gestão já previstas no Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a).

No Pacto pela Saúde, pode ser observado o detalhamento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, a descentralização compartilhada e o fortalecimento da regionalização como eixo estruturante. Sua centralidade na estratégia do espaço regional decorre das especificidades que o caracterizam em termos de natureza federativa, amplitude territorial e singularidades sociais. Envolve ações de financiamento tripartite e responsabilização solidária pela atenção integral à saúde da população; coordenação, planejamento, regulação, programação, acompanhamento, monitoramento e avaliação (M&A); cooperação técnica com os municípios; execução permanente de algumas ações de vigilância em saúde; supervisão; normatização; elaboração e formulação de políticas; gestão e gerência de hemonúcleos e hemocentros (BRASIL, 2006a).

A Política Nacional da Atenção Básica especifica as atribuições das três esferas de gestão em relação à Atenção Básica. O responsável pela organização e execução das ações básicas de saúde em seu território é o município, mas ela deve estar dentro das prioridades do Plano de Saúde das SES e do Ministério da Saúde, sendo os três responsáveis pelo seu financiamento (ALVES, 2008).

As SES devem se responsabilizar perante o Ministério da Saúde pela identificação de irregularidades na execução dos pisos de atenção básica, pelo monitoramento, controle e avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos aos municípios no território estadual, acompanhando, monitorando e avaliando o desenvolvimento da estratégia de saúde da família, identificando situações em desacordo com a regulamentação para garantir suporte às adequações necessárias (BRASIL, 2006b).

Vale destacar que o debate sobre a atribuição das Secretarias Estaduais de Saúde na Atenção Básica já havia sido colocado em pauta pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde em 2004. Os secretários pactuaram como sendo as principais responsabilidades da esfera estadual do SUS na Atenção Primária em Saúde (APS): a formulação política; a cooperação técnica; o planejamento e a programação; co-financiamento; o desenvolvimento de recursos humanos; o monitoramento e avaliação. O Conass (2004) considera a APS como eixo fundamental do modelo para mudança assistencial e sugere, ao Ministério da Saúde, um plano de qualificação das equipes das SES para melhorarem a cooperação técnica com os municípios e o estabelecimento de linhas de

financiamento para cooperação técnica na área de acompanhamento, avaliação e gestão.

Como referido anteriormente, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), em conjunto com o Ministério da Saúde e o Conass, definiu, dentro de projeto de cooperação, funções identificadas como cruciais para a prática de saúde pública nos países da América, denominadas Funções Essenciais de Saúde Pública (Fesp). Essas funções foram aplicadas em oficinas de autoavaliação nos estados brasileiros, sendo descritas como as funções essenciais de saúde pública para aplicação nos Estados Brasileiros (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Sóter (2005) aponta como um dos papéis fundamentais das Secretarias Estaduais de Saúde aquele de coordenador do processo de implantação do SUS no respectivo estado, não se restringindo ao gerenciamento apenas de sua rede própria de prestação de serviços (hospitais e outras unidades) ou dos prestadores de serviços, privados e públicos que estejam sob sua gestão, ou ainda de alguns programas assistenciais. A autora identifica oito eixos de macrofunções atribuídas à esfera estadual na gestão descentralizada do SUS: formulação e avaliação das políticas de saúde, fortalecimento da municipalização, coordenação e negociação, regulação, gestão e desenvolvimento de recursos humanos, gestão e gerência de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção de equidade e gestão e gerência de serviços de saúde, funções essas que, na presente dissertação, serão analisadas no âmbito da Atenção Básica.

## 2.3 A Atenção Básica<sup>4</sup>

### 2.3.1 Aspectos históricos e conceituais

A noção de proteção social como uma necessidade das populações inclui a universalização do acesso aos serviços de saúde e surge em resposta à crescente

---

<sup>4</sup> Para esta discussão, adotaremos, assim como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB), “contextualizando o cenário que levou à adoção do termo AB no Brasil e explicitando o entendimento de que Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde têm o mesmo significado” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

desigualdade social e à ampliação das brechas existentes entre os mais ricos e os mais pobres, em especial na América Latina (BAZZANI, 2006).

Entendendo que a sustentabilidade dos sistemas de saúde baseados nos modelos médico-hospitalocêntricos tem demonstrado evidentes sinais de esgotamento, torna-se necessário traçar estratégias claras, empiricamente suportadas, para o avanço na melhoria dos indicadores de saúde da população. Nesta direção a Atenção Primária à Saúde (APS) seria elemento-chave na constituição dos sistemas nacionais de saúde, influenciando potencialmente nos indicadores de saúde e com grande potencial regulador da utilização dos recursos de alta densidade tecnológica, garantindo o acesso universal aos serviços que tragam reais benefícios à saúde da população. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007 p.16).

Na década de 1970, no âmbito internacional, foi intenso o debate sobre a atenção à saúde como resultado dos questionamentos a respeito da organização da atenção à saúde, baseada em um modelo médico hegemônico especializado e intervencionista, com excessiva fragmentação da assistência e pouco impacto na melhoria da situação de saúde da população. Outro fator que impulsionou esse debate foi a lacuna existente entre o estado de saúde nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, que chamava atenção para a desigualdade no acesso a serviços de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Na década de 1940 surge o modelo denominado atenção primária orientada para a comunidade (Community Oriented Primary Care – COPC). A COPC integra a atenção clínica — individual e familiar — com ações de saúde pública. Sua base conceitual e metodológica é pautada na epidemiologia e ciências sociais (GOFIN; GOFIN, 2007). De acordo com esses autores, a abordagem da atenção primária orientada para a comunidade traz como diferencial a responsabilidade dos serviços pela saúde de uma população definida e seus determinantes, seja ela usuária ou não dos serviços. Além disso, com base nesse modelo, são introduzidas algumas ferramentas de planejamento, com destaque para o processo de diagnóstico comunitário e para a avaliação de impacto e eficácia.

A partir da década de 1960, sob o signo da medicina preventiva, a medicina comunitária fundamentou e instrumentalizou a atenção primária por meio de programas docentes assistenciais, conciliando formação médica e ações de saúde na comunidade (VIANA; FAUSTO, 2005 apud CASTRO, 2009). A atenção primária passa a ter realce na agenda das políticas de saúde, tendo a Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das suas principais agências de divulgação, juntamente

com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations Children's Fund - Unicef), as Fundações Rockefeller, Kellogg, Ford e o Banco Mundial, importantes órgãos que investiram nessas proposições (FAUSTO, 2005).

Alguns trabalhos publicados nessa época tiveram importante peso nos debates a respeito da necessidade de mudança no modelo de atenção hegemônico. Cueto (2004) cita importantes inspirações para a APS, tais como o trabalho de médicos missionários cristãos nos países em desenvolvimento e a experiência dos “médicos descalços”, desenvolvida na China.

Em 1977, na Assembleia Mundial de Saúde, a OMS propôs como principal meta dos governantes e da própria instituição a Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT 2000). No ano seguinte, ocorreu um importante marco histórico mundial: a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, convocada pela Organização Mundial de Saúde em parceria com o Unicef, realizada em Alma-Ata, Cazaquistão, república pertencente à antiga União Soviética (URSS). Nessa conferência, a APS foi adotada como estratégia para alcançar a meta SPT 2000 e apontada como componente fundamental de um sistema de saúde eficaz (CASTRO, 2009).

Os cuidados primários de saúde foram definidos na Conferência de Alma-Ata como:

(...) cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Essa concepção é bastante abrangente e requer envolvimento não só do setor de saúde. Com base em Alma-Ata, esse conceito foi amplamente difundido e influenciou sobremaneira a organização da atenção em diferentes sistemas de saúde no mundo. A conferência questionou os modelos verticais de intervenção da OMS, principalmente para o combate de endemias e doenças sexualmente

transmissíveis na África e na América Latina, e ao modelo médico hegemônico (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Enquanto a concepção de atenção primária defendida pela OMS, difundida a partir de Alma-Ata, apontava para a atenção integral, abrangente (Primary Health Care – PHC). Críticas a essa concepção, interpretadas como idealizadas, geraram a difusão de uma proposta seletiva (Selective Primary Care – SPC), que ganhou apoio de outras agências internacionais, entre elas o próprio Unicef, que apoiara a realização da Conferência de Alma-Ata. (CASTRO, 2009).

Assim como a Conferência de Alma-Ata é considerada um marco histórico na discussão da APS abrangente, a Conferência de Bellagio — realizada pela Fundação Rockefeller na Itália em 1979, cujo título era Health and Population in Development — pode ser considerada um marco, pois a partir de então se tem a tensão entre essas duas formas de interpretação da APS. A noção de atenção primária seletiva<sup>5</sup> traz uma nova perspectiva, que se referia a um conjunto de intervenções de baixo custo para enfrentamento de doenças que acometiam as populações dos países em desenvolvimento (CUETO, 2004).

Um dos principais difusores das concepções de focalização e seletividade era o Banco Mundial (BM), que defendia a ideia de “cestas básicas” de serviços de saúde. Assim o setor público deveria prover um conjunto mínimo de ações essenciais aos que não pudessem arcar individualmente com os gastos em saúde. A cesta era composta de ações classificadas como tecnologias simples e de alto impacto, como vacinação, pré-natal, ações de promoção e prevenção da saúde, ou seja, o mesmo conjunto de ações que compõem a atenção primária desde sua origem (IBAÑEZ et al, 2006).

Embora a proposta que tenha prevalecido nos processos de reforma dos países em desenvolvimento tenha sido a de atenção primária seletiva, recentemente observou-se um movimento oposto, de resgate de conceitos abrangentes de atenção primária proposta em Alma-Ata. A Organização Pan-Americana de Saúde,

---

<sup>5</sup> Na APS seletiva, o conjunto de atividades e serviços são os seguintes: identificação e controle de doenças prevalentes, prevenção e controle de doenças endêmicas, monitoramento do crescimento, técnicas de re-hidratação oral, amamentação e imunização; algumas vezes incluíam ainda complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar, educação em saúde, promoção da saúde mental, provisão de drogas. Deve ser diferenciada da atenção primária orientada para a comunidade, terminologia utilizada para uma abordagem de atenção primária surgida em áreas rurais da África do Sul na década de 1940, que busca prover serviços integrados de saúde pública e assistência (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

em documento de posicionamento intitulado Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2005), expressa a intenção da OMS em desenvolver e/ou fortalecer os sistemas de saúde baseados na APS em toda a região das Américas (CASTRO, 2009).

São distintos os termos empregados para denominar APS: atenção primária em saúde; cuidados básicos de saúde; atenção básica; atenção primária seletiva, sendo que, no Brasil, em virtude da disseminação internacional nos anos 1980 da concepção seletiva de atenção primária – em especial nos países da América Latina -, optou-se pela utilização do termo atenção básica, como afirma Castro (2009).

A terminologia Atenção Primária à Saúde apresenta interpretações diferentes, questões teóricas, ideológicas e práticas, com conseqüências distintas quanto às políticas implementadas e à garantia do direito universal à saúde (GIOVANELLA, 2008).

Como visto anteriormente, a APS foi apontada como um nível de atenção, o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde que deveria ser organizado de forma hierarquizada. Posteriormente, outras interpretações foram dadas ao termo e variam desde uma concepção mais abrangente, estruturante do sistema de saúde, até uma concepção mais seletiva.

Vouri (1986) sugere que a APS apresenta quatro vertentes distintas: um conjunto de atividades; um nível de assistência; uma estratégia; e uma filosofia. A primeira compreende as ações intersetoriais voltadas para promoção, prevenção e recuperação da saúde e envolve oito elementos básicos: educação em saúde; fornecimento de alimentos e nutrição; abastecimento de água e saneamento básico; assistência materno-infantil; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento básico de problemas de saúde; e garantia de medicamentos essenciais. A vantagem dessa interpretação é sua simplicidade e concretude; como maior desvantagem, esta vertente poderia considerar que a APS é irrelevante, especialmente nos países industrializados.

A segunda considera a APS como parte do sistema de saúde e onde se estabelece o primeiro contato quando a população apresenta problemas de saúde. Inclui um amplo espectro de ações de serviços clínicos direcionados a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população.

A terceira vertente citada por Vuori (1986) seria a garantia de acessibilidade ao sistema, ter relevância para as necessidades da população, ser funcionalmente

integrada e baseada na participação comunitária; efetivando colaboração entre setores da sociedade. Para tanto seria necessária uma nova divisão de trabalho e capacitação dos profissionais de saúde para atuação na atenção primária.

Por último, a APS como uma filosofia implica o estabelecimento de um sistema pautado pela concepção de justiça social e igualdade, solidariedade internacional, autorresponsabilidade e aceitação de um conceito amplo de saúde.

Starfield (2002) considera que as vertentes propostas por Vuori não são excludentes e podem coexistir em um mesmo sistema de saúde. A autora define a atenção primária como:

Aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada para todas as necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (...) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições exceto as muito incomuns ou raras, coordena ou integra a atenção (...) (STARFIELD, 2002, p. 28).

A atenção primária é compreendida como uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os demais níveis do sistema de saúde. É o nível da atenção que organiza e racionaliza o uso de recursos voltados para a promoção, prevenção, cura e reabilitação, para maximizar a saúde e o bem-estar (STARFIELD, 2002).

À APS são relacionados quatro atributos. O primeiro atributo é a atenção ao primeiro contato, significando acessibilidade e uso dos serviços de saúde a cada novo evento ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Giovanella e Mendonça (2008) ressaltam que, para a constituição de um serviço de primeiro contato (porta de entrada do sistema de saúde), é necessário eliminar barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais. As autoras também assinalam a necessidade do serviço exercer a função denominada gatekeeping, ou seja, filtro para acesso aos serviços especializados.

A longitudinalidade é apontada como segundo atributo da APS e pressupõe a existência de relação entre indivíduos e profissionais de saúde ao longo do tempo.

É especialmente vantajosa para pessoas com doenças crônicas e em comorbidades, situações muito freqüentes e que exigem da APS reestruturação dos serviços, cuja tradição é organizarem-se para o enfrentamento de problemas agudos (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007, p. 42).

Um outro atributo, a integralidade, exige que a atenção primária reconheça adequadamente a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde dos usuários disponibilizando os meios para abordá-los (STARFIELD, 2002).

Cuidado integral é a capacidade da equipe de saúde em lidar com a ampla gama de necessidades em saúde do indivíduo, da família ou das comunidades. A integralidade depende da capacidade de identificar as necessidades percebidas e as não percebidas pelos indivíduos, da abordagem do ciclo vital e familiar e da aplicação dos conhecimentos dos diversos campos de saberes (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

A coordenação (integração) da atenção seria o quarto atributo da APS. Para Starfield (2002), a essência da coordenação é a disponibilidade da informação. Segundo Giovanella e Mendonça (2008), para que haja coordenação da atenção é necessário que ocorram transferências de informações sobre os problemas de saúde dos pacientes, bem como o cuidado recebido, de modo a assegurar atenção ininterrupta. Ademais, sua melhoria é um desafio crucial para que a APS ocupe seu papel estruturante no sistema de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

A compreensão do termo atenção primária à saúde é permeada por diferentes dimensões, que dão forma a diferentes concepções de atenção primária. O predomínio de uma concepção em detrimento de outra nos diferentes sistemas de saúde está relacionado às particularidades dos sistemas, que são implementados em diferentes conjunturas sociais, políticas e econômicas e estão constantemente sob forte tensão de interesses conflitantes, característica marcante do setor saúde (CASTRO, 2009).

### *2.3.2 Atenção Básica no Brasil*

Para analisarmos a trajetória da Atenção Básica no País, faremos breve histórico do desenvolvimento do sistema público de saúde no Brasil.

Paim (2009) descreve que o sistema de saúde brasileiro teve origem por três vias que seriam: saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho, seguindo, conforme o referido autor, caminhos paralelos de forma relativamente autônoma e respondendo a pressões distintas.

No período da chamada República Velha (1889-1930), o mesmo autor aponta que havia uma espécie de não-sistema de saúde, e cada parte que compunha a organização sanitária não estabelecia intersecção com as demais, às vezes realizando ações que se sobrepunham. Com essa duplicação de ações, havia desperdício de recursos, tendo como resultado enorme dificuldade na resolução dos problemas de saúde da população. Campos (2006) registra que:

Os primeiros estabelecimentos que objetivavam prestar assistência com foco na Saúde Pública surgem em 1916. Cabe salientar que, anteriormente a este período, existiam Delegacias de Saúde, as quais tinham como principal função coordenar o trabalho dos profissionais em diversos setores, tais como a inspeção sanitária de estabelecimentos e habitações, o controle de alimentos e bebidas, as campanhas de vacinação, o suporte laboratorial etc. Estas eram distribuídas estrategicamente em bairros centrais das principais cidades e funcionavam sobretudo como apoio logístico e administrativo às equipes (CAMPOS, 2006 p. 132).

Com aprovação da Lei Elói Chaves pelo Congresso Nacional em 1923 foram criadas as caixas de aposentadorias e pensões (CAP) que além de aposentadoria ofereciam assistência médica aos seus segurados. Destaca-se que o Estado não participava nem da gestão nem do financiamento das mesmas (CASTRO, 2009; PAIM, 2009).

Na década de 1930, foi criado por Carlos Chagas, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que tinha a responsabilidade pela profilaxia, propaganda sanitária, saneamento, higiene industrial, controle de endemias e vigilância sanitária (CAMPOS, 2006; PAIM, 2009).

Até 1953, quando finalmente foi instituído o Ministério da Saúde, o que se verificou foi a transformação de muitas campanhas sanitárias em órgãos ou serviços responsáveis pela febre amarela, tuberculose, lepra, saúde da criança e fiscalização sanitária. (PAIM, 2009, p. 30)

Com a criação do Ministério da Saúde, o combate de algumas doenças passa a ser feito por serviços específicos, persistindo, no entanto, várias intervenções na forma de campanhas, como, por exemplo, erradicação da malária, combate à tuberculose e vacinação contra a varíola.

No governo do presidente Juscelino Kubitscheck, foi criado o Departamento de Endemias Rurais (DNERu), sendo substituído, na década de 1960, pela Superintendência de Campanhas (Sucam). Anteriormente, a Sesp havia sido transformada em fundação (Fsesp).

Esta época é reconhecida, no âmbito da saúde pública, como de sanitarismo campanhista (ênfase nas campanhas) e sanitarismo dependente (modelo americano Fsesp). O modelo Sesp adotou uma prática mais abrangente, conjugando medicina preventiva e curativa, respaldada em desenvolvimento científico e tecnológico limitado, sob a influência da medicina preventiva norte-americana através de convênios com a Fundação Rockefeller (GIOVANELLA;MENDONÇA, 2008; PAIM, 2009).

Não havia qualquer integração da medicina previdenciária implantada por institutos de pensões e aposentadorias — os chamados IAPs — com a saúde do trabalhador. Constata-se grande discordância na organização dos serviços: de um lado, ações voltadas para a prevenção, ambiente e coletividade, caracterizadas como de saúde pública; de outro, aquelas direcionadas para saúde do trabalhador; e, por fim, aquelas curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária, além das modalidades de assistência médica liberal, filantrópica, empresarial e, também, a de grupo. Esta última grandemente alavancada pelo crescimento da indústria automobilística, observada a partir da metade da década de 1960.

Este modelo médico-assistencial apresentou grande crescimento na década de 1970, contrastando com a deterioração das condições de saúde da população e com a contenção das ações de saúde pública. O orçamento do Ministério da Saúde antes de 1975 não alcançava nem 1% dos recursos públicos da área federal. (PAIM, 2009, p. 32)

Nessa época, discutiam-se no âmbito internacional os efeitos negativos da medicalização e da elitização da prática médica, bem como a profunda desigualdade existente entre o estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. A Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, é um marco histórico no que diz respeito a esta discussão e à atenção primária, como visto na seção anterior, por afirmar a saúde como um direito humano fundamental, sob responsabilidade política dos governos, mediante adequadas medidas sanitárias e sociais (CASTRO, 2009).

Em estudo realizado no então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e censurado pelo governo militar, por ocasião da V Conferência Nacional de Saúde, em 1975, o sistema de saúde brasileiro era descrito como insuficiente, mal distribuído, descoordenado, inadequado, ineficiente e ineficaz. No mesmo ano de 1975, foi sancionada a Lei nº 6.299, que criou o Sistema Nacional de Saúde,

definindo as competências dos componentes e organizando o Sistema de Vigilância Epidemiológica (Lei nº 6.259) (PAIM, 2009).

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) é criado em 1977. Sucedendo o antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, juntamente com o Funrural e a Legião Brasileira de Assistência (LBA), passa a oferecer serviços de saúde para amplos segmentos da população. Na segunda metade da década de 1970, para o enfrentamento dos problemas acima assinalados, foi organizado um movimento social, composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde, que propôs a Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIM, 2009).

Ainda segundo Paim, medidas visando à integração das ações e à unificação dos serviços de saúde foram tomadas mediante convênios entre os governos federal, estadual e municipal. Entre as medidas, citam-se as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), reconhecidos como estratégias-ponte para o SUS.

Em 1987 também é registrada a criação, pelo presidente da república do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que tinha como princípios básicos a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária (NORONHA E LEVCOVITZ, 1994, apud CASTRO, 2009). O Suds tinha a pretensão de garantir a viabilidade de direcionar os recursos federais para os municípios; num primeiro momento envolvia os estados, mas apontava, a médio prazo, em direção aos municípios. Giovanella e Mendonça (2008) afirmam que as AIS estimularam a integração das instituições de atenção à saúde (MS, Inamps, SES e SMS).

A implementação das AIS propiciou a ampliação da rede básica de saúde no setor público e serviu como estratégia-ponte para a reorganização de serviços e reorientação de políticas. No entanto, o tema da atenção primária não teve destaque no debate setorial no País. Os esforços de construção da agenda de reforma sanitária estavam concentrados na garantia de uma proposta ampla que contemplava a atenção básica, mas não como tema central para a mudança do sistema de saúde (FAUSTO, 2005; PAIM, 2008).

Paralelamente, os centros e postos de saúde passaram a ser privilegiados como estabelecimentos sanitários destinados a prestar serviços básicos à população, agora não só em atividades de prevenção e realização de exames

periódicos, mas também na assistência nas áreas básicas: clínica, pediatria e gineco-obstetrícia (CAMPOS, 2006).

Por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, foram debatidos e sistematizados diversos estudos e proposições para a chamada Reforma Sanitária Brasileira (RSB), e seu relatório final influenciou sobremaneira o capítulo Saúde, da Constituição de 1988 — este desdobrado posteriormente nas leis orgânicas da saúde (8080/90 e 8142/90), que permitiram a implantação do SUS. Essa conquista política e social pode ser atribuída a diversas lutas e esforços empreendidos pelo movimento da Reforma Sanitária no período entre 1976 e 1988 (PAIM, 2009).

Denominada “Constituição cidadã”, a oitava constituição do Brasil (1988) representou um marco na história da saúde pública brasileira, ao introduzir a noção de saúde como direito social (CASTRO, 2009), cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo.

De acordo com a Constituição (BRASIL, 1988), o SUS seria organizado com base em diretrizes que seriam fundamentais:

- I- Descentralização única em cada esfera de governo.
- II- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais.
- III- Participação da comunidade.

Já em relação ao conteúdo da Lei Orgânica da Saúde, Batista, Machado e Lima (2009) registram que ele foi fruto de debates entre o Legislativo e o Executivo, sendo bastante abrangente e positivo no que diz respeito à garantia do direito, com destaque para a reafirmação das diretrizes de universalidade e integralidade e a definição de responsabilidades do Executivo nas três esferas de governo. Mesmo com a diretriz de descentralização político-administrativa, afirma-se uma série de competências para a direção nacional do SUS, representada pelo Ministério da Saúde.

É então no início dos anos 1990 que começa a implantação do SUS. Cabe ressaltar que a Reforma Sanitária configurou uma ruptura pioneira no padrão de intervenção estatal no campo social e tornou a saúde a primeira política social universal no Brasil. Ao introduzir a noção de direito social e instituir um sistema de saúde de acesso universal e igualitário, rompe-se definitivamente com o modelo corporativista dos anos 1930, do benefício como privilégio (CASTRO, 2009).

A criação do SUS significou a inclusão de milhares de brasileiros nas ações de saúde. A universalização, consagrada como princípio constitucional, assumiu caráter redistributivo, ou seja, incluiu os grupos sociais que não contribuem, ao menos diretamente, para o sistema (FAVERET E OLIVEIRA, 1990 apud CASTRO, 2009).

Levcovitz, Lima e Machado (2001) apontam algumas variáveis estruturais que impuseram desafios à implementação do SUS: a marcante desigualdade social no País, as características do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo médico assistencial privatista. Os autores também acrescentam a repercussão no Brasil da onda conservadora de reformas no plano político e social em vários países a partir da década de 1980, norteadas pelo fortalecimento das ideias neoliberais sobre a crise dos Estados nacionais.

Segundo Fausto (2005), ao longo dos anos 1990 dois momentos distintos em relação às políticas de saúde são perceptíveis. Durante o governo Collor, verifica-se a redução dos investimentos no setor com a intenção de reduzir a atuação do Estado. No segundo momento, durante o governo Fernando Henrique Cardoso, buscou-se fortalecer a proposta do SUS com introdução de mecanismos de regulação que retomam o processo de descentralização e municipalização da saúde, iniciado no período anterior.

A luta pela consolidação do SUS nos anos 1990 expressou as contradições das diferentes agendas vigentes neste contexto: a agenda de Reforma Sanitária brasileira, que defendia a reestruturação da política de saúde, seguindo uma lógica de proteção social abrangente, e a agenda hegemônica de Reforma do Estado, que impunha restrições à noção de seguridade social (MACHADO, 2007). Outro aspecto importante a partir da implementação do SUS foi o avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil.

Bodstein (2002) assinala que a esfera municipal, ainda que de modo lento, gradual e negociado, torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no País e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. Um dos desafios colocados por esse processo é a questão da heterogeneidade dos municípios brasileiros no que diz respeito às desigualdades sociais, regionais e capacidade de gestão do sistema.

O processo de descentralização no SUS foi orientado pela edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs). Para Levcovitz, Lima e Machado (2001), a

descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não diverge das ideias neoliberais fortalecidas nos anos 1990, o que favoreceu o avanço do processo.

Nos anos 1990, foram editadas três NOBs: NOB SUS 01/91; NOB SUS 01/93; NOB SUS 01/96. As NOBs são portarias do ministro da saúde, que podem ser reeditadas e substituídas por outra à medida que o processo de descentralização avança, o que reforça o poder de regulamentação da direção nacional do SUS. Nelas são apontados aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferências de recursos federais para estados e municípios. Embora tratem de aspectos fundamentais, outras variáveis relevantes para a consolidação do SUS não são objeto específico de regulação pelas NOBs, como a questão das fontes de financiamento do sistema e das relações público-privadas na saúde, assinalam os autores Levcovitz, Lima e Machado (2001).

Faz-se necessário tecer breves comentários referentes ao conteúdo normativo de duas dessas NOBs: as NOBs 93 e 96. Influenciada pelos relatórios produzidos na IX Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central foi Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho, a NOB 93 teve um papel fundamental no fortalecimento da municipalização.

Destaca-se o estabelecimento de condições de gestão crescentes — incipiente, parcial e semiplena —, que incentiva o aprendizado institucional e constitui um importante instrumento para a melhoria da qualidade da gestão pública (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002).

Já a NOB 96 teve como principais objetivos: promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com respectiva redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União; caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor na prestação de ações e serviços ou na garantia da referência; reorganizar o modelo assistencial; fortalecer a gestão do SUS; e estabelecer vínculo entre o cidadão e o SUS.

A edição desta NOB e de um conjunto de portarias subsequentes que alteraram a lógica de transferência de recursos do Governo Federal para a atenção básica ao instituírem o Piso de Atenção Básica (PAB), com uma parte fixa e outra variável, expressaram a ênfase do Governo Federal na reorganização do modelo de atenção à saúde, com base na atenção básica.

Evidenciou-se, como estratégia principal, a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (CASTRO, 2009).

O esforço de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil apresentou novas perspectivas desde a implantação do programa de Saúde da Família (PSF). Iniciado em 1994 e sendo seu antecedente mais próximo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), implantado em 1991, o programa vem se estendendo a todos os estados e à grande maioria dos municípios do País (CAMPOS, 2006).

O período pós-1995 foi marcado pela expansão da Atenção Básica de Saúde incentivada, em primeiro lugar, pelo Ministério da Saúde e, posteriormente, pelas secretarias estaduais. Houve avanço no processo de municipalização e no estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde, especialmente em nível da Atenção Básica. Com o início da vigência da NOB 96 em 1998, a participação dos recursos federais no financiamento da saúde pública apresentou mudança qualitativa. A União deixou de usar o pagamento direto ao prestador do serviço de saúde como a forma preferencial de alocar recursos, passando a priorizar as transferências a municípios e focalizar a Atenção Básica como prioridade, de modo que os recursos a ela destinados foram cada vez mais significativos no total das transferências (MARQUES; MENDES, 2003).

Em que pese o baixo valor per capita de transferência do PAB total, Viana, Lima e Oliveira (2002) chamam a atenção para o impacto PAB fixo x variável, que representou a descentralização dos recursos que impulsionou a reorganização da Atenção Básica. Os autores destacam ainda que essa Norma fortaleceu o papel dos estados, entretanto, sem a face da regionalização e sem recursos/incentivos financeiros adequados para que as instâncias estaduais exercessem suas novas funções.

No início dos anos 2000, é publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) 01/2001, cuja principal temática abordada é a estratégia de regionalização. Essa normativa reafirma o papel prioritário da atenção básica na organização do sistema de saúde, em articulação com os demais serviços da rede, na perspectiva da garantia do princípio da integralidade.

Um dos grandes desafios ao processo de implantação do Sistema Único de Saúde, de fato, tem sido a questão do financiamento. Com o aumento crescentedas

transferências da União aos estados e municípios na década de 1990, observou-se também uma retração no aporte de recursos financeiros por parte de algumas unidades federadas, em especial na esfera estadual (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003). Esse contexto, segundo os autores, propiciou a formulação de propostas de alteração do texto constitucional, com o objetivo de salvaguardar a área da saúde contra a volatilidade de suas fontes de financiamento. Uma destas propostas, a Emenda Constitucional nº29 (EC 29), foi aprovada após intensas negociações no âmbito do Congresso Nacional.

A Emenda define um percentual das receitas próprias a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde. Ressalta-se que, mesmo frente a diversos obstáculos e desafios, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um marco para o Brasil e o diferencia da maioria dos países latino-americanos, cujos sistemas de saúde, na mesma década, sofreram ajustes visando a contenção de gastos públicos, a implantação de políticas focalizadas e a expansão de mecanismos de mercado, fruto de pressões de agências internacionais e processos nacionais de Reforma do Estado de inspiração liberal (MACHADO, 2006).

A publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde, primeiramente em 2001 e revista em 2002, demonstrou claramente a prioridade da atenção básica para os gestores dos três níveis de governo e o seu importante papel para a organização dos sistemas de saúde e a articulação dos serviços básicos com a rede de serviços de maior complexidade, apontando-os como principal porta de entrada do sistema (CASTRO, 2009).

A Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica (APS/AB) no Brasil é uma atribuição das secretarias municipais de saúde. A partir do ano 2000, o Ministério da Saúde repassou aos municípios a tarefa de gerenciar, de forma plena, a APS/AB em suas dimensões administrativa, técnica, financeira e operacional (CAMPOS, 2006).

Na década de 1990 a APS passou a ter visibilidade na política nacional de saúde, com o início da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1993/1994 (FAUSTO, 2005). Anteriormente ao PSF, houve a implantação, em nível nacional, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), criado em 1991 de experiências locais de práticas com agentes comunitários de saúde. O PSF surge como resposta do Ministério da Saúde às reivindicações de secretários municipais de saúde, que queriam apoio financeiro para efetuar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde, tornando-o instrumento de reorganização do

SUS e da municipalização, cuja implantação deveria ocorrer, prioritariamente, nas áreas de risco (VIANA; DAL POZ, 1998). O destaque dado ao PSF pelo Ministério da Saúde a partir de 1995 foi impulsionado por experiências locais prévias com modelos similares e pelo apoio de diferentes atores. O caráter inovador e o foco do PSF — a família e a comunidade — também fizeram dele um atraente marco de governo, pelo seu potencial de visibilidade política, contribuindo para a sua permanência na agenda das sucessivas gestões ministeriais (MACHADO, 2006).

As mudanças geradas pelo PSF desde sua criação envolveram não só o modelo de atenção, mas a organização do sistema de saúde e a modalidade de alocação dos recursos, fazendo com que este programa se constitua, como apontam Viana e Dal Poz (1998), em uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil. O PSF consagrou-se como a principal estratégia de atenção básica no âmbito federal. Sua rápida expansão, sob forte indução do Ministério da Saúde, evidenciou problemas e desafios ainda não equacionados, na medida em que, pautado pela integralidade, exige recursos apropriados, profissionais capacitados e um sistema organizado de referências para diversos níveis de complexidade (MACHADO, 2006).

Paim (2009) afirma que o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e desenvolve uma das propostas de atenção primária de saúde mais abrangentes, por meio do Programa de Saúde da Família.

O fortalecimento da Atenção Básica e a priorização da Saúde da Família como estratégia organizadora desse nível de atenção constituem-se como uma das seis prioridades do Pacto pela Vida, firmado em fevereiro de 2006 (FERNANDES, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/648, de 28 de março de 2006) implantada pelo Ministério da Saúde estabeleceu princípios gerais, responsabilidades de esfera de governo e infraestrutura e definiu recursos necessários para esse nível de atenção. A forte indução do Governo Federal no financiamento da Atenção Básica não foi, no entanto, acompanhada pelos governos estaduais, que tiveram pequena participação neste financiamento (SOLLA, 2007).

Quanto ao desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família, em concordância aos princípios do sistema de saúde brasileiro, esse deve ser

executado basicamente pelos municípios, apoiados pelo nível estadual e federal (SOUZA, 2006).

Para Paim (2009), as maiores dificuldades de consolidação da Saúde da Família encontram-se nas capitais e grandes centros urbanos, com exclusão de grandes parcelas da população dos serviços de saúde, perfis de saúde-doença complexos e redes assistenciais desarticuladas.

A Saúde da Família busca a integração entre as ações preventivas e curativas para cada seiscentas a mil famílias em territórios definidos, contando com o trabalho de equipes multiprofissionais. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é personagem-chave do Pacs vinculado à Unidade de Saúde da Família e ligando a equipe à comunidade. Constitui-se como elo cultural do SUS com a população, facilitando o trabalho de vigilância e promoção ao estabelecer permanente contato com as famílias (PAIM, 2009).

Programas como o de agentes comunitários de saúde e o de saúde da família aumentaram a oferta, cobertura e qualidade da saúde e passaram a atender a uma população que anteriormente, quando muito, só tinha acesso aos leitos hospitalares em caso agudos (MÉDICI, 2009).

A articulação entre Saúde da Família, Vigilância da Saúde, Promoção da Saúde e Acolhimento seria uma proposta possível, desejável e necessária para a construção de um modelo de atenção à saúde coerente com os princípios e diretrizes do SUS, com a conjugação de elementos conceituais, metodológicos e operacionais (TEIXEIRA, 2003, 2004). Ademais, a Saúde da Família, ao eleger o atendimento integral à saúde da população de territórios delimitados como objeto de atuação de equipes multiprofissionais, apresenta-se como espaço privilegiado para o exercício de práticas de Vigilância em Saúde, como apontam Vilasbôas e Teixeira (2007).

As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) vêm, ao longo dos últimos anos, adotando um conjunto de iniciativas e estratégias que visam criar condições favoráveis ao exercício de suas macrofunções no campo da gestão da Atenção Primária à Saúde (APS) (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007b)

Para o Conass (2007b), as principais responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde na Atenção Básica e na Estratégia de saúde da Família são:

- acompanhar a implantação e execução das ações de AB em seu território, analisando cobertura populacional, perfil de necessidades e oferta de serviços, integração aos demais pontos da rede de atenção e acompanhando a evolução dos indicadores e metas pactuados;
- contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à AB e estímulo à adoção da ESF pelos serviços municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas atualmente vigentes;
- regular as ações intermunicipais;
- coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território. Destaque-se que as SES são responsáveis pelo processo de capacitação das equipes em municípios com menos de 100 mil habitantes. Nos municípios de maior porte populacional, as SES devem apoiar os processos de capacitação e fomentar a cooperação horizontal entre municípios;
- co-financiar as ações da AB e da ESF e ser co-responsável pelo monitoramento da utilização dos recursos transferidos aos municípios;
- elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da AB/ESF, com vistas à institucionalização da avaliação (competência também do DF);
- prestar assessoria técnica aos municípios no processo de organização da AB e da implementação da ESF, bem como em seus processos avaliativos; e
- promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da AB.

Em diagnóstico realizado pelo Conass (2003), constatou-se uma diversidade de denominações e de níveis de subordinação das áreas responsáveis pela AB nas estruturas organizacionais das SES.

Como um dos desafios para a melhoria dos processos de gestão da AB, coloca-se a superação dessas situações de desarticulação, para a qualificação da atenção à saúde das famílias.

As seguintes iniciativas, elencadas a seguir, podem contribuir para superar fragilidades e para elevar o grau de importância e de articulação da AB na estrutura das SES:

- inserção, na estrutura institucional, no mesmo nível hierárquico dos setores que fazem a gestão dos demais pontos da atenção;
- integração efetiva da coordenação da ESF na coordenação da AB. Compreendendo-se a ESF como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS, é incompatível a permanência de estruturas de gestão paralelas ou fragmentadas;
- integração dos diferentes setores das SES, garantindo participação da área responsável pela gestão da AB na elaboração, operacionalização e revisão dos diversos planos estaduais; e
- integração das diferentes áreas que compartilham responsabilidades, por meio de reuniões periódicas para definição de objetivos comuns (um projeto

comum) em relação a melhorias na saúde da população e desenvolvimento de ações conjuntas, com base na definição de uma agenda de trabalho que contemple compromissos, atividades e metas das diferentes áreas que interagem com a AB (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007b).

No sentido da cooperação técnica e financeira com os municípios, são macrofunções das mais importantes na gestão estadual, no sentido de garantir equidade no acesso, na resolutividade e na integralidade da atenção à saúde, conforme aponta o Conass para as equipes gestoras estaduais:

- Elaborar plano de cooperação técnica que atenda as necessidades dos municípios. Esta ação requer apropriação das distintas realidades; portanto, as equipes estaduais precisam identificar e analisar (em conjunto com as áreas programáticas, áreas de planejamento, vigilâncias, controle e avaliação) um conjunto de informações e indicadores que subsidiem a ação de cooperação com cada município ou regional e especialmente identificar, num processo de interlocução, as necessidades das equipes gestoras e técnicas municipais;
- Assessorar os municípios na elaboração e pactuação de agendas ou planos de trabalho que contemplem ações estratégicas voltadas à melhoria dos indicadores de saúde;
- Realizar encontros regionais com os municípios, com criação de redes de apoio à cooperação técnica;
- Apoiar os processos de qualificação das equipes gestoras e técnicas municipais, favorecendo o intercâmbio de experiências entre os municípios da regional ou do estado, estimulando assim a cooperação horizontal (cooperação entre municípios);
- Participar de encontros macrorregionais para aprofundamento do debate sobre APS nas distintas realidades do País;
- Pactuar com o MS e com os gestores municipais (especialmente dos grandes municípios) uma agenda articulada de cooperação, evitando a fragmentação das ações e otimizando recursos técnicos e financeiros de cooperação técnica;
- Adotar estratégias de informação e comunicação junto aos gestores, aos profissionais de saúde, à população usuária, às instituições de ensino técnico e superior e aos formadores de opinião para sensibilização sobre a importância da organização dos sistemas de saúde com valorização da APS;
- Adotar medidas de indução para que os municípios assumam efetivamente suas responsabilidades na AB;
- Definir e implantar, no âmbito de cada Estado, propostas de cofinanciamento para a AB, de acordo com critérios definidos pela gestão estadual (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007b).

O Conass considera ainda que mobilização e atuação efetiva das equipes gestoras estaduais, no sentido da institucionalização da avaliação da Atenção Básica, deva estar pautada na elaboração e execução dos Planos Estaduais para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da AB, no desenvolvimento contínuo das ações de monitoria e avaliação, na capacitação das equipes técnicas, tornando-as qualificadas para apoiar os municípios no desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação, na articulação entre

setores estratégicos e áreas programáticas da AB, com desenvolvimento de atividades integradas de monitoramento e avaliação e por fim na contratação de Centros Colaboradores em Avaliação com vistas à qualificação técnica voltadas ao monitoramento e avaliação da AB (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007)

A Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), formalizada em 2006 por meio da Portaria de número 648, de 28 de março de 2006, propõe que o PSF seja utilizado como uma estratégia para a reorganização da Atenção Básica. Integrando o Pacto pela Saúde, a Pnab apresenta, como competências das Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal, as atribuições a seguir (BRASIL, 2006):

1. contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à Atenção Básica e estímulo à adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde em caráter substitutivo das práticas atualmente vigentes para a Atenção Básica;
2. pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta portaria;
3. estabelecer, no Plano de Saúde estadual e do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da Atenção Básica no seu território;
4. destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;
5. pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite e informar à Comissão Intergestores Tripartite a definição da utilização dos recursos para Compensação de Especificidades Regionais;
6. prestar assessoria técnica aos municípios no processo de qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família, com orientação para organização dos serviços que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos;
7. elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera estadual;
8. desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
9. definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com

vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

10. firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no território estadual, divulgando anualmente os resultados alcançados;
11. estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, monitoramento e avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia Saúde da Família no âmbito estadual ou do Distrito Federal;
12. ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde, pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios e ao Distrito Federal;
13. submeter a CIB para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução do PAB fixo e variável, visando:
  - Aprazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;
  - Comunicação ao Ministério da Saúde;
  - Bloqueio do repasse de recursos ou demais providências consideradas necessárias e regulamentadas pela CIB.
14. assessorar os municípios para implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica, como instrumentos para monitorar as ações desenvolvidas;
15. consolidar, analisar e transferir os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios para o Ministério da Saúde, de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema;
16. verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais;
17. analisar os dados de interesse estadual, gerados pelos sistemas de informação, divulgar os resultados obtidos e utilizá-los no planejamento;
18. assessorar municípios na análise e gestão dos sistemas de informação, com vistas ao fortalecimento da capacidade de planejamento municipal;
19. disponibilização aos municípios de instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes;
20. articulação de instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para capacitação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;
21. promoção do intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para

disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica;

22. viabilização de parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não-governamentais e do setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do estado e do Distrito Federal.

Dessa maneira, consideramos fundamental a realização de estudos que avaliem como os gestores estaduais desempenham suas competências e atribuições legais na direção do SUS, particularmente aquelas relacionadas à Atenção Básica em Saúde.

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de caso com objetivo de avaliar o papel da esfera estadual na gestão descentralizada da Atenção Básica em Pernambuco, utilizando-se de elenco de Funções Estratégicas de Gestão da Esfera Estadual (Feges) proposto por Sóter (2009) relacionadas com a Atenção Básica e submetidas à avaliação de especialistas em Conferência de Consenso. As funções resultantes do consenso foram agregadas em planilha final e distribuídas em oito macrofunções para a gestão estadual da AB. Foi elaborada matriz de monitoramento de indicadores de análise da esfera estadual, com indicadores baseados na imagem-objetivo das Feges consensuadas e avaliação dos mesmos no âmbito da gestão estadual. O método constou ainda de revisão e análise documental e utilizou procedimentos quantitativos e qualitativos, havendo integração dos métodos no planejamento da pesquisa, na coleta dos dados e na análise das informações (RICHARDSON, 1989).

#### 3.1 Construção dos instrumentos de avaliação

Na etapa inicial do estudo, foi revisado o elenco de Funções Estratégicas de Gestão da Esfera Estadual (Feges), definido por Sóter (2009) com vistas à identificação das funções relacionadas à Atenção Básica em Saúde (ANEXO A).

Com a finalidade de validarmos esse subconjunto de funções, adaptamos a estratégia de conferência de consenso proposta por Souza, Vieira da Silva e Hartz (2005), com especialistas e gestoras (APÊNDICE A) que atuam ou atuaram no âmbito da Atenção Básica nas esferas federal, estadual e municipal. Nessa etapa, as funções foram valoradas e apreciadas pelas participantes da conferência utilizando notas que foram de 0 (zero) a 10 (dez) em três momentos. Na semana que antecedeu o momento presencial, a planilha com todas as funções foi enviada por meio eletrônico para todas as especialistas. No primeiro momento, pontuaram as funções. No segundo, discutiram argumentando acerca da relevância dessas funções. No terceiro e último momento, procederam à nova pontuação.

Após realização da conferência de consenso, as funções, inicialmente apresentadas pela pesquisadora, foram revistas de acordo com a pontuação

recebida com o propósito de construir a planilha final. Aquelas que apresentaram média de notas igual ou maior que 7 e desvio-padrão igual ou menor que 3 compuseram o elenco das funções mais importantes e mais consensuais e integram a planilha final. Todas as funções que não se enquadraram nas notas e no desvio padrão nos patamares acima descritos foram excluídas da planilha final.

As funções resultantes do consenso foram agregadas em planilha final, incluídas em oito eixos já identificados por Sóter (2009), conforme descrição a seguir:

- **Formulação e Avaliação da Política Estadual de Saúde** – Implantação de inovações na política estadual e indução de implementação junto aos municípios.
- **Promoção de Equidade** – Redistribuição dos recursos financeiros e de equipamentos de saúde: PSF, procedimentos da média e alta complexidade por regiões de saúde ou por municípios.
- **Regulação** – Existência e utilização de instrumentos de pactos intergestores, existência e utilização de instrumentos de monitoramento, avaliação e auditoria; existência de regulamentações estaduais sobre implantação do SUS, existência de mecanismos de avaliação da municipalização, utilização de marcação de consultas especializadas e outras.
- **Coordenação e Negociação** – Elaboração e implantação das PPI da assistência e da vigilância em saúde, implantação de políticas regionais de saúde, implantação de planos de investimentos, existência de critérios estaduais para distribuição de recursos financeiros e de equipamentos de saúde, regionalização da saúde.
- **Fortalecimento da Municipalização** – Existência de incentivos financeiros para municipalização, implantação de política de cooperação técnica aos municípios, recursos financeiros do teto estadual transferidos fundo a fundo para os municípios.
- **Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos** – Desenvolvimento de políticas de recursos humanos, existência de parcerias com instituições de ensino.
- **Integração com Ações de Vigilância em Saúde** – Desenvolvimento de práticas que estimulem mudanças nos estilos de vida, reorientação do modelo de atenção, coordenação dos sistemas de vigilância em saúde, entre outras.

- **Gestão e Gerência de Ações e Serviços de Saúde** – Gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa.

Como esperado, após a Conferência de Consenso, analisadores e descritores, que estão listados em planilha (ANEXO B), sofreram modificações.

O passo seguinte foi avaliação do desenvolvimento dessas funções por parte da esfera estadual de gestão, o que se deu por meio de estudo de caso em Pernambuco.

Foram realizadas entrevistas com três gestores da Secretaria Estadual de Saúde, dois membros do Conselho Estadual de Saúde e dois integrantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, utilizando-se triangulação metodológica por meio de análise documental e entrevistas.

### 3.2 Desenho do estudo

A Organização Pan Americana de Saúde (1990) define estudos de caso como estudos descritivos em profundidade de uma unidade social através do tempo e, mesmo que tenham uma função exploratória, devem ser minuciosos. Seu objetivo essencial é explorar a fundo um caso que serve de exemplo de uma situação que pode ocorrer com frequência. Permite apreciar como determinado grupo humano identifica, percebe, valoriza e explica sua realidade e resolve seus conflitos e considera muitas variáveis condicionantes (SÓTER, 2009).

Para Yin (1994), o estudo de caso se caracteriza pela capacidade de lidar com uma completa variedade de evidências — documentos, artefatos, entrevistas e observações.

O Método do Estudo de Caso é um método das Ciências Sociais e, como outras estratégias, tem as suas vantagens e desvantagens que devem ser analisadas à luz do tipo de problema e questões a serem respondidas, do controle possível ao investigador sobre o real evento comportamental e o foco na atualidade, em contraste com o caráter do método histórico (BRESSAN, 2005).

As limitações mais comuns ao estudo de caso seriam a falta de rigor e a influência do investigador — falsas evidências, visões enviesadas, escassa base para generalizações, além de os estudos de caso geralmente serem extensos e

demandar muito tempo para ser concluídos. Por outro lado, cita-se, como vantagem, a multiplicidade de enfoques conferida a um problema, proporcionando ênfase na totalidade, e a simplicidade de seus procedimentos, sendo que sua riqueza não está na sua extensão, mas na profundidade desse tipo de estudo (TOBAR, 2001; YIN, 1994).

### 3.3 Unidade de análise

A unidade de análise está relacionada com a definição do que o caso é e ela pode ser um indivíduo, uma decisão, um programa, pode ser sobre a implantação de um processo e sobre uma mudança organizacional. A definição da unidade de análise está ligada à maneira pela qual as questões de estudo foram definidas (BRESSAN, 2005). No nosso caso, a unidade de análise foi o Estado de Pernambuco, com enfoque do Sistema Estadual de Saúde a partir da descrição do modelo de gestão descentralizada da Atenção Básica de Saúde.

### 3.4 Coleta de dados

Foram coletados dados de fontes primárias e secundárias, como: entrevistas com informantes-chave, de relevância para o SUS em Pernambuco (Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco- secretária executiva de Atenção à Saúde, secretária executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, superintendente de Atenção Primária; Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Estado de Pernambuco- presidente e secretário de Saúde da capital; Conselho Estadual de Saúde – representantes do segmento dos usuários e dos trabalhadores), que possibilitaram a avaliação do grau de cumprimento das Feges relacionadas à Atenção Básica pela gestão estadual. A entrevista (roteiro, APÊNDICE B) foi antecedida pela autorização prévia de registro e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), atendendo às exigências éticas e científicas fundamentadas na Resolução nº 196, de 10/12/96, do Conselho Nacional de Saúde; análise documental e sistemas de informação (Plano Estadual de Saúde, Política de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Estado de

Pernambuco e instrumentos de monitoramento e avaliação da Política, Planos de Regionalização, Pacto pela Saúde, Balanço da Gestão, sistemas de informação em saúde, base de dados de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), relatórios de transferências financeiras do Fundo Nacional de Saúde e do fundo estadual).

Assim como Sóter propõe (2009), a etapa seguinte constituiu na utilização da planilha final (ANEXO B) com imagem objetivo das Feges, como referencial para elaboração de indicadores que constituíram matriz de avaliação de desempenho da gestão da Atenção Básica. Foram elaborados 48 (quarenta e oito) indicadores, distribuídos nos oito eixos já definidos (QUADRO I).

Como critério de avaliação, foi adotado, para cada eixo, percentual de respostas afirmativas: 100% – desempenho excelente; igual ou maior a 80% e menor que 100% – desempenho muito bom; igual ou maior a 60% e menor que 80% – desempenho bom; igual ou maior a 40% e menor que 60% – desempenho regular; e menor que 40% desempenho fraco. Tais critérios possibilitaram, como veremos adiante, na discussão dos resultados, apontar para um desenho da gestão da Atenção Básica em Pernambuco.

| EIXOS  | INDICADORES  |
|--|--|
| Fortalecimento da Municipalização            | <p>Modelo de descentralização dos serviços, claramente definido e aprovado na CIB.<br/>           Serviços municipalizados de acordo com modelo de descentralização adotado pela SES.<br/>           Incentivos financeiros para fortalecimento da Atenção Básica municipal.<br/>           Realização de cursos de capacitação para gestores municipais.<br/>           Apoio técnico prestado aos municípios.<br/>           Percentual &gt; 50% (média nacional) dos municípios que aderiram ao Pacto de Gestão.</p>  |
| Negociação e Coordenação                     | <p>Política de Atenção Básica deliberada no Conselho Estadual de Saúde.<br/>           Monitoramento e Avaliação da implantação da Política de Atenção Básica pelo Conselho Estadual de Saúde.<br/>           Política de Atenção Básica discutida na Comissão Interinstitucional Bipartite (CIB).<br/>           Monitoramento e Avaliação da implantação da Política de Atenção Básica pela CIB.<br/>           Política de Atenção Básica discutida na Comissões Interinstitucionais Bipartites Regionais.<br/>           Monitoramento e Avaliação da implantação da Política de Atenção Básica nas Comissões Interinstitucionais Bipartites Regionais.<br/>           Divulgação dos direitos dos usuários ocorrendo sistematicamente (cartilhas, boletins, cartazes).</p>  |
| Formulação e Avaliação de Políticas de Saúde | <p>Plano Estadual de Atenção Básica elaborado, com prioridades e metas definidas.<br/>           Metas acompanhadas e avaliadas pelo núcleo dirigente.<br/>           Modelo de formulação e de gestão das prioridades descentralizado e participativo (colegiados internos de gestão).<br/>           Modelo de formulação com participação dos municípios, trabalhadores e usuários.<br/>           Política Estadual de Promoção formulada a partir da Atenção Básica.<br/>           Política Estadual de Média e Alta Complexidade formulada a partir da Atenção Básica (urgência/emergência, atenção especializada e atenção hospitalar).<br/>           Política Estadual de Assistência Farmacêutica formulada a partir da Atenção Básica.<br/>           Utilização da estratégia de linhas de cuidado para reorientação do modelo de atenção.<br/>           Soluções inovadoras formuladas e implementadas.<br/>           Instrumento de divulgação da condição de saúde da população.</p> |
| Regulação                                    | <p>Participação nos fóruns instituídos para elaboração do PDR.<br/>           Parâmetros de programação definidos a partir da Atenção Básica.<br/>           Instrumentos de referência e contrarreferência implantados.<br/>           Mecanismos de avaliação da satisfação de usuários da Atenção Básica implantados.<br/>           Protocolos orientadores da regulação baseados nas linhas de cuidado implantados.</p>   |
| Gestão e Desenvolvimento de RH               | <p>Situação de RH na Atenção Básica conhecida pelo dirigente estadual.<br/>           Política de Educação Permanente na Atenção Básica.<br/>           Política de Educação Profissional na Atenção Básica.<br/>           Participação nas políticas regulatórias da força de trabalho em saúde e de mudanças curriculares de graduação e pós-graduação.<br/>           Plano de Carreira implantado.<br/>           Definição de piso salarial regionalizado para a Atenção Básica.</p>   |
| Integração com Ações de Vigilância e Saúde   | <p>Desenvolver, conjuntamente, ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, segundo suas competências.<br/>           Desenvolver ações de vigilância de saúde do trabalhador.<br/>           Participar da formulação e execução da política de promoção à saúde;<br/>           Avaliação e divulgação das condições de saúde da população.<br/>           Conteúdos da Vigilância em Saúde inseridos na Política de Educação Permanente da AB.<br/>           Programação da rede estadual de laboratórios de saúde pública ordenada pela AB.</p>   |

QUADRO 1- Matriz de Avaliação Feges/ AB.

(continua)

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Promoção de Equidade                  | População de risco conhecida e monitorada.<br>Incentivos financeiros diferenciados para os municípios/população mais vulneráveis.<br>PDI elaborado com objetivo de reduzir desigualdades na Atenção Básica.<br>Regulação de acesso orientada por necessidade e demanda, além da oferta de serviços.<br>PPI orientada por necessidade (Atenção Básica) e demanda, além da oferta de serviços. |
| Gestão e Gerência de Ações e Serviços | Estrutura de gestão da Atenção Básica adequada.<br>Gestão dos incentivos financeiros da Atenção Básica.<br>Participação na gestão da assistência farmacêutica básica.  |
| CRITÉRIO                              | Respostas afirmativas:<br>100% - Excelente<br>80% < 100% - Muito Bom<br>60% < 80% - Bom<br>40% < 60% - Regular<br>< 40% - Fraco  |

QUADRO 1- Matriz de Avaliação Feges/AB.  
Fonte: Sóter (2009) modificado.

(conclusão)

### 3.5 A construção de consenso

A Conferência de Consenso foi realizada com a presença de sete especialistas que atuam ou atuaram no âmbito da atenção básica nas esferas federal, estadual e municipal. Todas as sete especialistas em Saúde Coletiva consultados tiveram experiências de gestão, sendo que seis delas tiveram experiência em mais de uma esfera de gestão do SUS. Três estiveram na gestão federal da Atenção Básica, uma esteve na gestão estadual, e outras três foram secretárias municipais de saúde.

Na semana que antecedeu o momento presencial, a planilha com todas as funções foi enviada por meio eletrônico para todas as especialistas. No primeiro momento da Conferência de Consenso, todas pontuaram as funções. Nessa etapa, as funções foram valoradas e apreciadas pelas participantes da conferência, utilizando notas que iam de 0 (zero) a 10 (dez). No segundo, conforme já dito anteriormente, discutiram argumentando acerca da relevância das funções. No terceiro e último momento, procederam à nova pontuação. Posteriormente, foi realizada a leitura de cada uma das funções.

A exclusão de funções, bem como a mudança de eixo de 02 funções, também foi resultado de consenso. Das 80 funções submetidas à apreciação inicial, houve a sugestão de alguma reformulação no enunciado em 34 delas. Treze funções ficaram com notas zero, sendo passíveis de exclusão da planilha final, por não serem importantes. Desta maneira, dentre as 67 funções com notas diferentes de zero, apenas uma função inserida no eixo de Formulação e Avaliação de Políticas ficou com nota igual a 7,7 e todas as demais funções obtiveram notas entre 10 e 8,2, sendo consideradas importantes.

As treze funções que obtiveram notas menores que 7,0 foram consideradas não importantes: duas se encontravam no eixo de Formulação e Avaliação de Políticas, quatro no eixo de Regulação, duas outras funções no eixo Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos, quatro no de Vigilância em Saúde e finalmente uma no eixo de Gestão e Gerência de Ações e Serviços de Saúde.

Dentre as 80 funções submetidas ao consenso das especialistas, apenas uma obteve DP maior que 3,0, significando que não houve consenso. As demais funções tiveram DP menor ou igual a 3,0, significando apreciações consensuais.

Os oito eixos que descrevem as macrofunções de gestão foram considerados relevantes e apresentaram médias que variaram entre 9,5 e 9,0, segundo as especialistas que integraram a Conferência de Consenso.

No quadro abaixo (QUADRO 2), apresentamos as referidas médias por ordem decrescente.

| Macrofunção                                    | Média |
|--|-------|
| Fortalecimento da Municipalização              | 9,5   |
| Negociação e Coordenação                       | 9,4   |
| Formulação e Avaliação de Políticas de Saúde   | 9,4   |
| Regulação                                      | 9,3   |
| Gestão e Desenvolvimento de RH                 | 9,2   |
| Integração de Ações de Vigilância em Saúde     | 9,1   |
| Promoção de Equidade                           | 9,0   |
| Gestão e Gerência de Ações e Serviços de Saúde | 9,0   |

QUADRO 2 - Classificação dos Eixos de Macrofunções de Gestão após apreciação das especialistas  
Fonte: Adaptado de Sôter (2009).

A macrofunção de Fortalecimento da Municipalização, assim como no estudo de Soter (2009), foi aquela que obteve maior nota, demonstrando o entendimento da necessidade do gestor estadual promover a descentralização de ações e serviços da Atenção Básica para os municípios, apoiando-os técnica e financeiramente.

As funções resultantes do consenso foram: Promover a descentralização para os municípios da gestão dos serviços e das ações de saúde; Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; Apoiar a qualificação dos sistemas municipais de saúde no sentido de assumir as seguintes responsabilidades, caracterizadas como sub-funções: Elaborar o Plano Municipal de Saúde, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão, que deverá ser aprovado anualmente pelo Conselho Municipal de Saúde; firmar e cumprir o Pacto pela Saúde; apoiar a execução das ações básicas em Vigilância Sanitária, pactuadas na CIB, apoiar as ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, pactuadas na CIB; Integrar e articular o município na rede estadual, incluindo responsabilidades da PPI do estado, programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal; garantir o atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI e transformado em Termo de Compromisso; avaliar permanentemente o impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o meio ambiente; e por fim a função de instrumentalizar os municípios para implantar mudanças organizacionais no processo de trabalho realizado nas unidades de saúde, com vistas à melhoria da qualidade e humanização das ações e serviços, bem como da satisfação dos trabalhadores e usuários do SUS.

As notas situaram-se entre 9,0 e 10, com desvio padrão  $< 3$ , sendo este o único eixo dentre os oito no qual todas as funções apresentadas às especialistas foram consensuadas.

No eixo de Negociação e Coordenação, todas as funções foram avaliadas como relevantes (médias acima de sete). As funções mais relevantes, com pontuação igual a dez, foram: Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população geral e Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS, sendo portanto voltadas para o fortalecimento da

informação e da participação social. As funções Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS, Executar ações de comunicação na relação com a sociedade (conselhos de saúde, Ministério Público, imprensa) e Executar ações de comunicação na relação com instituições (MS, prefeituras, outras SES, Cosems, Conasems, Conass) obtiveram notas acima de 8,7. Todas as funções do eixo apresentaram desvio padrão < 3, indicando sua relevância. O eixo de Formulação e Avaliação de Políticas, assim como o eixo de Negociação e Coordenação, obteve a nota de 9,4. É o eixo com maior número de funções.

Subsidiar a formulação e implantar políticas voltadas a promover a mudança do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS estadual; Formular a política de Atenção Básica estadual; Acompanhar e avaliar a política de Atenção Básica estadual; Assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal; Desenvolver a capacidade de gestão para a cooperação técnica com os municípios, as instituições formadoras de recursos humanos, de ciência e tecnologia, o Ministério da Saúde e organismos internacionais; Implementar soluções inovadoras em saúde, cujo impacto possa ser medido e avaliado foram os que obtiveram nota 10 e apontam para responsabilidades desde a formulação e implantação da Política de Atenção Básica no Estado, sua divulgação e cooperação técnicas junto aos municípios até a articulação para a formação de recursos humanos.

Outro grupo forma o conjunto daquelas funções com notas entre 9,2 e 9,8 e compreende as funções: Subsidiar e articular políticas “setoriais” de saúde (saúde mental, saúde do trabalhador, oncologia, urgência e emergência, assistência ao parto e ao recém-nascido); Subsidiar a formulação da Política de Vigilância em Saúde; Apoiar, acompanhar, consolidar, operar e coordenar, quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação de base nacional, conforme normas do Ministério da Saúde; Realizar e apoiar pesquisas e estudos na área de saúde; Estabelecer parcerias com os institutos de pesquisa e instituições acadêmicas para realizar oportunamente estudos que apoiem a tomada de decisões na Gestão Estadual; Subsidiar a formulação, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde; Participar da elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado, em conformidade com o Plano Estadual de Saúde; Acompanhar a execução dos

recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; Celebrar convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde; Acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população e das condições ambientais, e Reorientar o sistema e serviços de saúde para o desenvolvimento de modelos de atenção com ênfase na promoção da saúde.

Estas assinalam as articulações com as diferentes políticas e setores, além do necessário acompanhamento orçamentário e financeiro.

O terceiro e último grupo engloba as funções com notas entre 7,7 e 8,5, com as funções: Subsidiar a formulação da Política de Assistência Farmacêutica; Acompanhar e avaliar a política de Assistência Farmacêutica estadual; Acompanhar e avaliar a política de Vigilância em Saúde estadual, destacando que as funções relacionadas à Assistência Farmacêutica foram aquelas com as mais baixas notas. Todas as funções obtiveram desvio padrão  $< 3$ , com exceção da função Subsidiar a formulação da Política de Assistência Farmacêutica, que obteve desvio padrão  $> 3$  (3,1).

Não houve consenso nas funções de Organizar e coordenar o sistema de informação em saúde no Estado e Promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para a pesquisa, ações e serviços de saúde.

O eixo de Regulação com nota 9,3 fica na quarta posição do conjunto e é o segundo em número de funções. Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação desses protocolos e Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeiras definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde foram as funções que obtiveram nota 10.

As funções com notas entre 9,0 e 9,8 são: Subsidiar a implantação do marco regulatório do SUS, no âmbito estadual; Subsidiar leis e elaborar normas visando assegurar a qualidade dos serviços de saúde e a promoção de ambientes saudáveis; Implementar sistemas de avaliação da satisfação dos usuários e usar essa avaliação para melhorar a qualidade dos serviços de saúde; Implementar sistemas de avaliação da satisfação dos usuários e usar essa avaliação para melhorar a qualidade dos serviços de saúde; Divulgar, explicar e garantir os direitos

dos usuários; Elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde; Elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador; Elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde; Implementar um sistema de avaliação de tecnologias de saúde que colabore no processo de tomada de decisão de todo o sistema de saúde e contribua para melhorar sua qualidade; Controlar, avaliar e monitorar os resultados obtidos pelos sistemas municipais de saúde; Organizar e pactuar com os municípios o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da Atenção Básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde; Participar do monitoramento e avaliação do desempenho das redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas estaduais; Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços; Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade; e Participar do monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo Estado.

Adotar medidas de proteção aos cidadãos em suas relações com o sistema de saúde e Utilizar a metodologia científica para a avaliação da qualidade de intervenções de saúde nos diversos graus de complexidade foram as duas funções com notas 8,5.

Considerando a relevância da regulação para a gestão do sistema e que as notas obtidas nas diferentes funções foram acima de 8,5, com desvio padrão < 3, assinala-se coerência na apreciação das especialistas no eixo em questão.

As funções não consensuadas foram: Executar a fiscalização, controle e auditoria de produtos, ações, serviços e estabelecimentos para garantir o cumprimento da regulamentação de forma oportuna, correta, consistente e completa; Definir as instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais; e Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano.

A Gestão e Desenvolvimento de RH constitui eixo apreciado com nota 9,2, e a função Apoiar e cooperar tecnicamente com os municípios para o desenvolvimento da educação permanente obteve nota 10. Dispor e analisar diagnóstico da situação dos RH em saúde no estado; Sistematizar as necessidades de ações de educação, capacitação e avaliação de RH em saúde para qualificação da gestão, gerência e prestação de serviços na Atenção Básica; Demandar parcerias com instituições de ensino para a implementação e reorientação de programas de graduação, pós-graduação e aperfeiçoamento que garantam desempenhar com eficiência a gestão, gerência e prestação de serviços no SUS; Apoiar a adoção de medidas para a formação ética dos recursos humanos em saúde, com ênfase em princípios e valores como solidariedade, equidade, respeito à dignidade das pessoas e conhecimento do marco legal que rege o SUS; Promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos a ela no âmbito estadual; Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde; e Apoiar a articulação e pactuação da SES com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção são funções com notas entre 8,8 e 9,7, com desvio padrão  $< 3$ , observando-se grande ênfase nas funções relacionadas à formação de profissionais e educação permanente.

Desenvolver a capacidade institucional para a administração de RH e Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual não foram consensuadas. Chama a atenção que a única função relacionada ao desenvolvimento institucional para Recursos Humanos não obteve consenso, sendo a regulação de RH um dos maiores problemas a serem enfrentados e superados no SUS em geral e na AB em particular.

O eixo Coordenação e Execução de Ações de Vigilância em Saúde obteve nota 9,1. Desenvolver ações de educação, informação e comunicação social para promover condições, estilos de vida, condutas e ambientes saudáveis foi a função com maior nota (9,8) e desvio padrão  $< 3$ .

As demais funções foram validadas com notas entre 8,8 e 9,7 e citadas a seguir: Estimular mudanças nos estilos de vida e nas condições do trabalho e do ambiente para facilitar o desenvolvimento de “cultura e práticas saudáveis de

saúde”; Fortalecer alianças intersetoriais e a identificação de recursos para tornar as ações de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida mais efetivas; Integrar-se às ações de resposta oportuna às situações de emergência em saúde pública e em caráter complementar na investigação das doenças de notificação compulsória; Apoiar a implantação da vigilância à saúde do trabalhador e das doenças e agravos não transmissíveis no âmbito do Estado; e Apoiar o desenvolvimento de programas e ações de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador capazes de identificar precocemente doenças e agravos de risco à saúde. Essas funções tiveram desvio padrão < 2, demonstrando relevância para as funções.

Coordenar no âmbito do Estado o desenvolvimento de ações para o controle de doenças transmitidas por vetores e riscos à exposição de substâncias tóxicas e condições ambientais nocivas à saúde; Coordenar ações de vigilância sanitária relacionadas a estabelecimento de padrões e controle sobre produtos e serviços; Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de alimentação e nutrição e de saúde do trabalhador; e Definir normas e executar ações de vigilância sanitária foram funções que não obtiveram consenso no eixo de Vigilância em Saúde.

No eixo de Promoção de Equidade, as funções: Definir prioridades a partir do enfoque de risco de adoecer e morrer; Participar da formulação da PPI, visando corrigir situações de iniquidades de distribuição de equipamentos e serviços de saúde; Monitorar e avaliar o acesso aos serviços de saúde ofertados por prestadores públicos e/ou privados, adotando enfoque que permita reduzir as desigualdades na oferta dos serviços entre as regiões do Estado e os municípios; Participar na elaboração e executar o Plano Diretor de Investimentos (PDI), de acordo com as necessidades de correção de iniquidades sanitárias; Executar e/ou coordenar ações para superar barreiras de acesso às intervenções de saúde, adotando, inclusive, medidas de discriminação positiva, de modo a reduzir as iniquidades foram as funções consensuadas e obtiveram notas entre 8,2 e 9,8 e desvio padrão < 3. Sendo esta última função citada a de menor nota (8,2), podendo indicar menor governabilidade setorial para a referida função.

O oitavo e último eixo relacionado à Gestão e Gerência de Ações e Serviços de Saúde teve uma única função consensuada que vem a ser Gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa, com nota 9,0 e desvio padrão < 3.

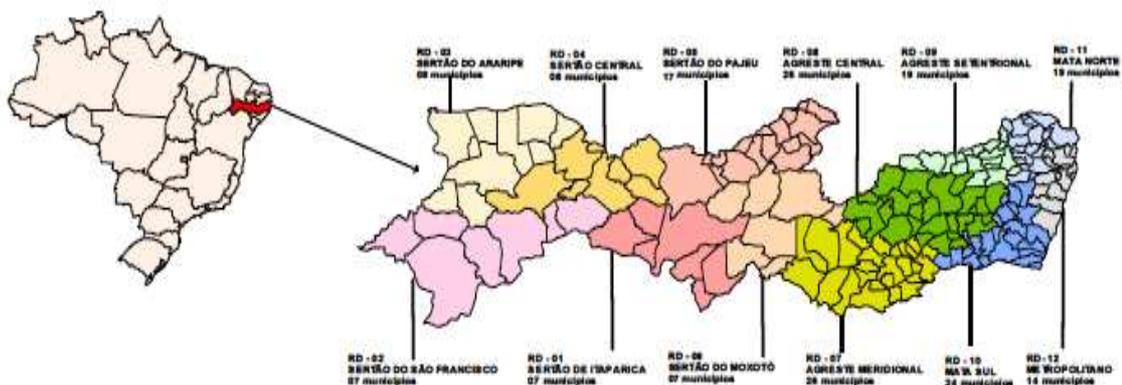
Tal fato parece apontar para o entendimento da descentralização dos serviços de AB para os municípios, em concordância com a legislação do SUS e guardando coerência com o eixo de Fortalecimento da Municipalização. A função que não obteve consenso foi Executar ações administrativas para garantir a infraestrutura própria.

## 4 A ATENÇÃO BÁSICA EM PERNAMBUCO

### 4.1 Caracterização do Estado

O Estado de Pernambuco é localizado no Centro-Leste da Região Nordeste do Brasil, tendo como limites os Estados da Paraíba e do Ceará (N), o Oceano Atlântico (L), Alagoas e Bahia (S) e Piauí (O). Possui uma extensão territorial de 98.311.616 km<sup>2</sup>, incluindo os 16,987 km<sup>2</sup> do arquipélago de Fernando de Noronha, que, em 1988, foi reincorporado ao seu território. O Estado é composto de 184 municípios e pelo Distrito Estadual de Fernando de Noronha, distribuídos em 12 Regiões de Desenvolvimento (RD) (Mapa 1): 01 - Sertão de Itaparica; 02 - Sertão do São Francisco; 03 - Sertão do Araripe; 04 - Sertão Central, 05 - Sertão do Pajeú; 06 - Sertão do Moxotó; 07 - Agreste Meridional; 08 - Agreste Central; 09 - Agreste Setentrional; 10 - Mata Sul; 11 - Mata Norte; e 12 - Metropolitana (MAPA 1). Pernambuco apresenta um relevo marcado por planície litorânea, planalto central, depressões a oeste e a leste, tendo, como principais bacias hidrográficas: São Francisco, Capibaribe, Ipojuca, Una, Pajeú e Jaboatão, e uma vegetação característica de mangue (litoral), floresta tropical (Zona da Mata) e caatinga (Agreste e Sertão).

O clima pernambucano passa do tropical atlântico (litoral) ao semiárido (Agreste e Sertão). As regiões do Sertão e do Agreste compreendem 88,84% do território estadual e compõem o chamado Polígono das Secas (PERNAMBUCO, 2009).



Mapa 1 - Organização Territorial por Regiões de Desenvolvimento (RD). Pernambuco - 2008.  
Fonte: Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Social - SEPLANDS

#### 4.1.1 Perfil demográfico

Em 2007, Pernambuco contava com uma população total de 8.608.000 habitantes, composta de 4.161.000 homens e 4.447.000 mulheres, indicando predominância da população feminina, influenciada por taxas de migração e de mortalidade diferenciadas por sexo e idade. Dessa população, 46,1% concentram-se em 10 municípios (5,4%) com população acima de 100.000 habitantes, sendo 17,8% destes na Capital, enquanto 14% estão distribuídos em 91 municípios (49,2%) com até 20.000 (SÓTER, 2009; PERNAMBUCO, 2009).

O Estado tem como cidades mais populosas: o Recife (1.528.971 hab.), Jaboatão dos Guararapes (661.898 hab.), Olinda (390.456 hab.), Paulista (305.407 hab.), Caruaru (287.611 hab.) e Petrolina (266.268 hab.). A população autodenominada de cor parda predomina no Estado (55,2%), sendo 6,3% de cor preta, 37,9% de cor branca e 0,6% de cor amarela ou indígena. A representação da distribuição populacional, segundo faixa etária e sexo, revela que a população de 2007 tem distribuição privilegiando numericamente os indivíduos entre 20 e 29 anos (17,91%), sendo 9,16% do sexo feminino e 8,74% do masculino.

Acompanhando a redução da população, observada desde 1960, o crescimento populacional médio anual de 1,21% em Pernambuco, no período de 2001 a 2006, foi inferior aos 1,62% do Brasil e aos 1,32% do Nordeste, mas é o quarto maior da região (PERNAMBUCO, 2009). Segundo dados que constam no Plano Estadual de Saúde (PES 2008/20011) em 2007, ocorre crescimento na Taxa de Urbanização no Brasil (83,5%) e no Nordeste (71,8%), como também em Pernambuco (75,8%).

Outros aspectos que implicam em mudanças na composição da pirâmide etária do Estado e em novas demandas por políticas públicas são: a concomitância da queda de fecundidade e do esperado aumento da longevidade, assim como as variações nas taxas de natalidade e de mortalidade.

Em Pernambuco, em 2007, a esperança de vida ao nascer (68,3) é inferior à do Brasil (72,7) e à do Nordeste (69,7), apesar de haver um crescimento desse indicador nos últimos três anos, com diferença de pontos percentuais entre o nível estadual e o do Nordeste diminuindo uniformemente.

#### 4.1.2 Perfil epidemiológico

Dentre as doenças com tendência descendente, o sarampo encontra-se em processo de erradicação, a rubéola e o tétano neonatal em processo de eliminação, e em fase de controle encontram-se doenças como meningite por *Haemophilus*, difteria, coqueluche e tétano acidental. A hanseníase, apesar de apresentar redução nos últimos anos, ainda encontra-se em situação hiperendêmica no Estado (PERNAMBUCO, 2009).

O Plano Estadual de Saúde 2008-2011 relaciona indicadores de morbidade por agravos e doenças de notificação compulsória no período de 2003 a 2007: dengue, tuberculose e meningites representaram risco elevado de adoecimento em Pernambuco no ano de 2007 (183,3; 47,9 e 42,1 por 100.000 habitantes, respectivamente).

Dentre as doenças imunopreveníveis, coqueluche, tétano acidental e rubéola foram as que apresentaram maior número de casos nos últimos cinco anos. Em 2007, ano epidêmico para a dengue, foram registradas altas taxas de detecção em todas as faixas etárias, destacando-se os menores de um ano (310,7/100.000 hab.). Houve aumento no número de casos de febre hemorrágica da dengue quando se comparam os anos de 2003 e 2007. A raiva humana apresentou registro de dois casos nos anos 2003 e 2006. Em 2006 foram registrados casos de esquistossomose em 92 municípios do Estado, sendo 43 deles localizados na Zona da Mata. A tuberculose apresenta a quinta maior taxa de detecção do País, média nos últimos anos de 50,5 casos por cem mil habitantes (2005 e 2006), sendo a segunda na Região Nordeste. A hanseníase registrou coeficiente de detecção geral, de 3,3/100.000 habitantes no ano de 2007, ocupando o oitavo lugar no Brasil e o terceiro no Nordeste. A epidemia do HIV/Aids, entre 2003-2007, apresentou tendência de interiorização crescente, apesar da Região Metropolitana do Recife (RMR) ainda concentrar 75,7% dos casos de Aids. Dos 185 municípios de Pernambuco, 169 (91,4%) têm pelo menos um caso registrado (PERNAMBUCO, 2009).

Dentre os grandes grupos de causas básicas de óbito, destacam-se as doenças do aparelho circulatório (25,7% e 30,9% do total de mortes em 2003 e 2007, respectivamente) como primeira causa de morte no Estado. As causas externas ocuparam a terceira posição em 2003 (14,1% do total de mortes) e a

segunda posição em 2007 (15,1%). As causas mal definidas representaram o segundo grupo mais frequente no ano de 2003 (17,7%), refletindo a baixa qualidade das informações e possíveis falhas na atenção à saúde da população. No entanto, as causas mal definidas apresentaram uma redução de 70,0% no período, passando para 5,3% em 2007. Assim, em 2007, as neoplasias passaram a ocupar a terceira causa de óbito no Estado, representando 12,4% do total de mortes.

A Mortalidade Materna persiste muito elevada, segundo a Organização Mundial de Saúde, que estabelece o limite de 20 mortes por 100.000 nascidos vivos (n.v.). De acordo com o relatório de Vigilância do Óbito Materno da Secretaria Estadual de Saúde, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) para o estado em 2003 foi de 80 por 100.000 nascidos vivos. A mortalidade materna cresce à medida que se observa o seu comportamento no interior do estado, chegando a atingir 125 por 100.000 nascidos vivos nas regiões do sertão, de acordo com mesmo relatório (PERNAMBUCO, 2009; SÓTER, 2009).

A Taxa de Mortalidade Infantil no estado foi de 30,1 por 1.000 nascidos vivos em 2006 (BRASIL, 2008)

#### 4.1.3 Rede de serviços

Na assistência hospitalar de alta complexidade, o Estado tem uma distribuição heterogênea de serviços de saúde, estando a maioria na Região Metropolitana do Recife, constituindo um grave problema de acessibilidade da população aos serviços de média e alta complexidade (PERNAMBUCO, 2009).

A Rede de Serviços possui aproximadamente 2.989 unidades ambulatoriais; 329 hospitais/unidades mistas, com 19.100 leitos; 90 hospitais de pequeno porte; 10 hospitais regionais situados nas sedes das microrregiões; 8 hospitais de grande porte situados no Recife; 8 centros de especialidades odontológicas, entre outros. A maioria desses serviços está localizada na Macro Recife (PERNAMBUCO, 2009). Em dezembro de 2009 foi inaugurado novo hospital na RMR com 157 leitos, sendo 25 de UTI. Até o final do primeiro semestre de 2010, serão incluídas, no sistema de saúde, 12 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (PERNAMBUCO, 2010). Essa rede caracteriza-se pela insuficiência de algumas especialidades (cirurgias, reabilitação, UTI), baixa complexidade e resolutividade dos hospitais do interior e por possuir número excedente de leitos psiquiátricos (SÓTER, 2009). Já a rede

ambulatorial de alta complexidade em Pernambuco está distribuída em grande parte na Macro Recife (em torno de 5.169.477 hab.) e Caruaru (em torno de 2.370.995 hab.). É constituída por 09 (nove) serviços de quimioterapia, 03 (três) de radioterapia, 20 (vinte) de Terapia Renal Substitutiva (TRS), 01 (um) serviço de diagnóstico, tratamento e reabilitação auditiva, 03 (três) de radiologia intervencionista, 02 (dois) de litotripsia e 03 (três) de hemoterapia (PERNAMBUCO, 2009).

#### 4.2 A gestão da Atenção Básica em Pernambuco

Em 2007, o Decreto nº 30.353, de 12 de abril de 2007, do Governo do Estado de Pernambuco, define como objetivo qualificar a Atenção Primária por meio da ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família e da melhoria da qualidade dos serviços prestados. Em 06 de agosto de 2007, a Portaria nº 720 da SES regulamenta as normas da certificação das Equipes da Saúde da Família na Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária, estabelecendo os seguintes componentes: Incentivo financeiro para qualificação e fixação dos profissionais do PSF; Programa de educação continuada através de articulação com centros formadores; Insumos estratégicos para a Atenção Primária.

Dentre os Princípios Gerais, a Portaria SES /PE nº 720/2007 estabelece:

I- Reconhecer o Programa de Saúde da Família como principal estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

II- Implementar de forma descentralizada e em regime de parceria com as Secretarias Municipais de Saúde a Política Estadual de Atenção Primária.

III- Ser instrumento adicional às ações apoiadas pelo Ministério da Saúde e desenvolvidas pelas Secretarias Municipais de Saúde.

IV- Ser instrumento de valorização e reconhecimento dos esforços das Secretarias Municipais de Saúde na defesa e implementação da Estratégia Saúde da Família como principal estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde, de acordo com seus princípios, componentes e modalidades de implementação.

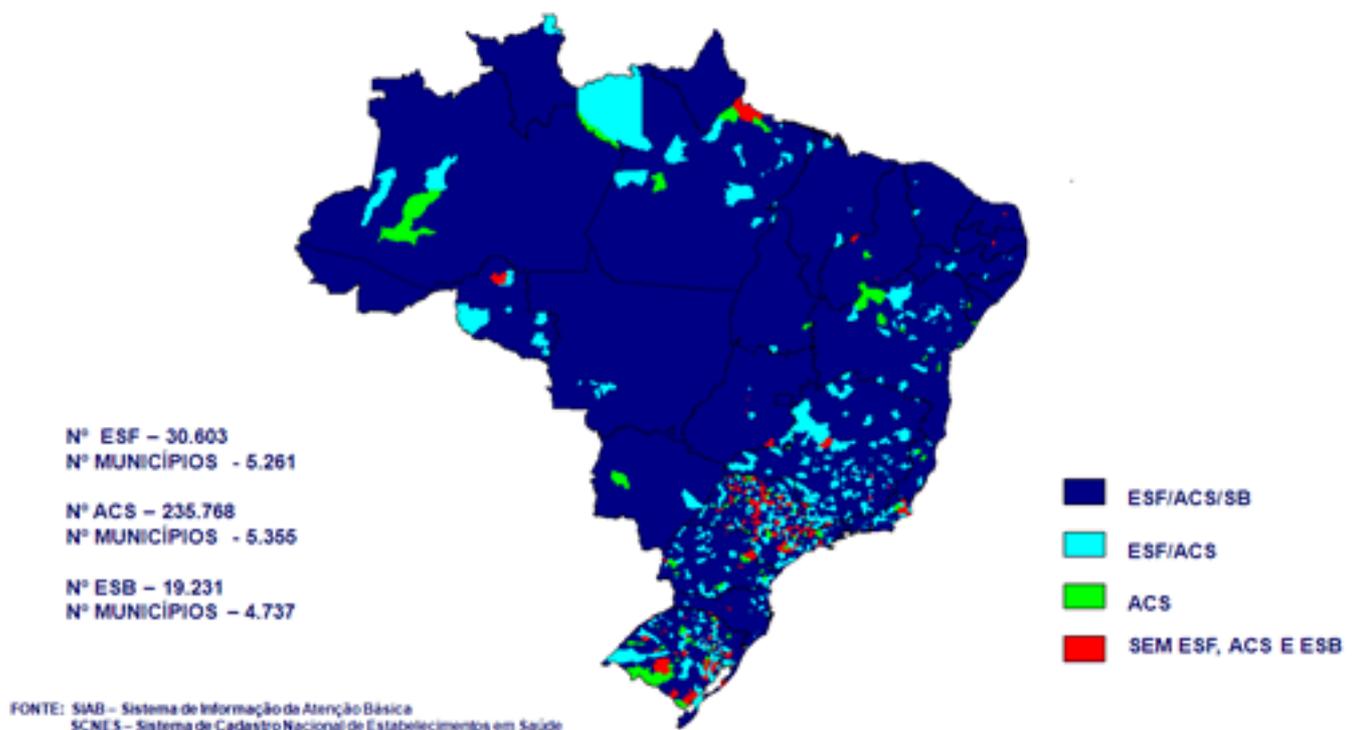
Define ainda áreas estratégicas para a atuação da atenção primária: atenção integral à saúde da mulher e da criança; redução da mortalidade infantil e materna; atenção ambulatorial à gravidez e ao puerpério; atenção às doenças prevalentes na infância; assistência às carências nutricionais; eliminação da desnutrição infantil; eliminação da hanseníase; controle da tuberculose; controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus; saúde do Idoso; saúde bucal; promoção da saúde; atenção das

populações rurais, de assentamentos de reforma agrária, de aldeias indígenas e remanescentes de quilombolas.

A política contempla ainda responsabilidades do gestor estadual, como, entre outras, a inserção de estratégias de fortalecimento da atenção básica no Plano Estadual de Saúde; submissão à Comissão Intergestores Bipartite de proposta de metodologia e instrumentos a serem utilizados no processo de avaliação da Política; prestação de assessoria técnica no acompanhamento, monitoramento e avaliação do desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família; além da articulação de estratégias de expansão e qualificação dos cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais para AB (PERNAMBUCO, 2007).

Em fevereiro de 2010, o Brasil apresentava 30.603 Equipes de Saúde da Família, 235.768 Agentes Comunitários de Saúde e 19.231 Equipes de Saúde Bucal, conforme mapa abaixo (BRASIL, 2010).

### **Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde, Brasil, Fevereiro de 2010.**



MAPA 2 – Situação de implantação das ESF, ESB e ACS  
Fonte: Brasil (2010).

A Estratégia da Saúde da Família contabilizava, em maio de 2010, em Pernambuco, 1.978 Equipes de Saúde da Família, 14.561 Agentes Comunitários de Saúde (em 185 municípios) e 1.285 Equipes de Saúde Bucal (67,8%, 85,2% e 65% de cobertura populacional respectivamente) (BRASIL, 2010). Oitenta (80) são os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) no Estado.

Segundo o documento Balanço de Gestão da SES em 2009, o Governo do Estado destinou mais de 12% de suas receitas próprias para a saúde. De acordo com balanço fechado em janeiro de 2010 (ainda sujeito a alterações), foram aplicados 15,82% do orçamento estadual no setor, o que significou R\$ 1.413.010.088,00. Desse valor, R\$ 190 milhões foram utilizados em investimentos como construção de novos hospitais, reforma das unidades e compra de equipamentos (sem contar com o custeio da rede). O orçamento da saúde em 2009, contando recursos federais e de convênios, totalizou R\$ 2.178.578.322,00. Em 2007 foram aplicados 14,25% das receitas próprias do Estado na saúde, o que significou R\$ 74 milhões em novos investimentos. No ano seguinte, o balanço foi fechado com 14,95%. Para 2010, a previsão orçamentária é de R\$ 2.444.615.000,00, sendo R\$ 273 milhões reservados a novos investimentos (PERNAMBUCO, 2010).

Considerando a importância dos processos de descentralização e de regionalização da saúde ocorridos em Pernambuco e suas consequências para a gestão da Atenção Básica, abordaremos a seguir alguns aspectos desses processos. Para Sóter (2009), a descentralização da saúde, em Pernambuco apresenta uma trajetória histórica importante de ser observada. Foi o primeiro estado a habilitar 100% dos municípios pela NOB 01/96, em 1998, adotando o modelo de gestão descentralizada por nível de hierarquia, compreendida enquanto divisão de responsabilidades entre Estado e municípios, sendo que tanto a gerência de unidades públicas de maior complexidade como a gestão dos serviços contratados mais complexos permaneceram sob responsabilidade estadual, não sendo municipalizadas. Os municípios assumiram os serviços ambulatoriais básicos e alguns hospitais de menor complexidade.

Segundo consta no Relatório do Seminário de Regionalização da Assistência à Saúde em Pernambuco, em março de 2010, a regionalização da assistência à saúde no Estado foi iniciada a partir da publicação da Noas 01 (CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2010).

O primeiro Plano Diretor de Regionalização (PDR), aprovado pela CIB/PE em 12 de agosto de 2002, Resolução CIB nº 720, orientou o ordenamento dos territórios de saúde em três Macrorregionais de Saúde (Recife, Caruaru e Petrolina), 11 Microrregionais de Saúde (Regiões de Saúde que correspondem às Geres) e 56 Módulos Assistenciais, desenhados nos moldes das Noas 01/02. Em decorrência do PDR, foi iniciada, em 2003, a Programação Pactuada Integrada (PPI), concluída em 2004. Como consequência das eleições municipais, não houve a implantação da PPI, sendo o processo retomado em 2005 e concluído em 2006, comprometido, porém, pela incipiência do Complexo Regulatório de Pernambuco. Em 2006, o PDR foi ajustado após a criação da XI Região de Saúde, com sede em Serra Talhada e incorporação de municípios da VI, VII e X Regiões de Saúde (PERNAMBUCO, 2009; CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2010).

Segundo o referido relatório, o Pacto pela Saúde, publicado em 2006 com o objetivo de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão pactuada do SUS, teve em Pernambuco, até o mês de março de 2010, a adesão de 11 municípios mediante a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal. Os esforços desenvolvidos pela SES relacionados à regionalização da assistência, na última década, têm se mostrado insuficientes para causar o impacto esperado no processo de descentralização da saúde.

Desde o final de 2009, Oficinas de Regionalização vêm sendo realizadas pela SES, além de ter sido constituído o Grupo de Trabalho Bipartite (GTPPI), com a função de desencadear a construção da nova PPI (PERNAMBUCO; CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2010).

A fundamentação teórica, a análise documental e a Conferência de Consenso nos permitiram adaptar a planilha de acordo com as Feges propostas por Sóter (2009) e aplicá-la no presente estudo de caso da gestão da Atenção Básica em Pernambuco. Os resultados são apresentados a seguir (QUADRO 3).

| EIXO/INDICADORES   | RESPOSTAS<br>SIM/NÃO   |
|--|--|
| <p style="text-align: center;"><b>FORTALECIMENTO DA MUNICIPALIZAÇÃO</b></p> <p>Modelo de descentralização dos serviços claramente definido e aprovado na CIB.</p> <p>Serviços municipalizados de acordo com modelo de descentralização adotado pela SES.</p> <p>Incentivos financeiros para fortalecimento da Atenção Básica municipal.</p> <p>Realização de cursos de capacitação para gestores municipais.</p> <p>Apoio técnico prestado aos municípios.</p> <p>Percentual &gt; 50% (média nacional) dos municípios que aderiram ao Pacto de Gestão.</p>   | <p>SIM</p> <p>SIM</p> <p>SIM</p> <p>SIM</p> <p>SIM</p> <p>NÃO</p>            |
| Total de respostas afirmativas e percentual  | 5/83%  |
| <p style="text-align: center;"><b>NEGOCIAÇÃO E COORDENAÇÃO</b></p> <p>Política de Atenção Básica deliberada no Conselho Estadual de Saúde.</p> <p>Monitoramento e avaliação da implantação da Política de Atenção Básica pelo Conselho Estadual de Saúde.</p> <p>Política de Atenção Básica discutida na Comissão Interinstitucional Bipartite (CIB).</p> <p>Monitoramento e avaliação da implantação da Política de Atenção Básica pela CIB.</p> <p>Política de Atenção Básica discutida na Comissões Interinstitucionais Bipartites Regionais.</p> <p>Monitoramento e avaliação da implantação da Política de Atenção Básica nas Comissões Interinstitucionais Bipartites Regionais.</p> <p>Divulgação dos direitos dos usuários ocorrendo sistematicamente (cartilhas, boletins, cartazes).</p> | <p>SIM</p> <p>SIM</p> <p>SIM</p> <p>SIM</p> <p>SIM</p> <p>SIM</p> <p>NÃO</p> |
| Total de respostas afirmativas e percentual  | 5/71%  |

Quadro 3 - Matriz de avaliação das FEGES/AB de Pernambuco

(Continua)

| FORMULAÇÃO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE   |       |
|--|-------|
| Plano Estadual de Atenção Básica elaborado, com prioridades e metas definidas.   | SIM   |
| Metas acompanhadas e avaliadas pelo núcleo dirigente.  | SIM   |
| Modelo de formulação e de gestão das prioridades descentralizado e participativo (colegiados internos de gestão).                                      | SIM   |
| Modelo de formulação com participação dos municípios, trabalhadores e usuários.  | SIM   |
| Política Estadual de Promoção formulada a partir da Atenção Básica.  | NÃO   |
| Política Estadual de Média e Alta Complexidade formulada a partir da Atenção Básica (urgência/emergência, atenção especializada e atenção hospitalar). | NÃO   |
| Política Estadual de Assistência Farmacêutica formulada a partir da Atenção Básica.  | NÃO   |
| Utilização da estratégia de linhas de cuidado para reorientação do modelo de atenção.  | NÃO   |
| Soluções inovadoras formuladas e implementadas.  | SIM   |
| Instrumento de divulgação da condição de saúde da população.   | NÃO   |
| Total de respostas afirmativas e percentual  | 5/50% |
| REGULAÇÃO  |       |
| Participar nos fóruns instituídos para elaboração do PDR.  | SIM   |
| Parâmetros de programação definidos a partir da Atenção Básica.  | NÃO   |
| Instrumentos de referência e contrarreferência implantados.  | NÃO   |
| Mecanismos de avaliação da satisfação de usuários da Atenção Básica implantados.   | NÃO   |
| Protocolos orientadores da regulação baseados nas linhas de cuidado implantados.   | NÃO   |
| Total de respostas afirmativas e percentual  | 1/20% |
| GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE RH   |       |
| Situação de RH na Atenção Básica conhecida pelo dirigente estadual.  | SIM   |
| Política de Educação Permanente na Atenção Básica.   | SIM   |
| Política de Educação Profissional na Atenção Básica.   | SIM   |
| Participação nas políticas regulatórias da força de trabalho em saúde e de mudanças curriculares de graduação e pós-graduação.                         | NÃO   |
| Plano de carreira implantado.  | NÃO   |
| Definição de piso salarial regionalizado para a Atenção Básica.  | NÃO   |
| Total de respostas afirmativas e percentual  | 3/50% |

Quadro 3- Matriz de avaliação das FEGES/AB de Pernambuco

(Continuação)

|  |   |
|--|---|
| <p><b>INTEGRAÇÃO COM AÇÕES DE VIGILÂNCIA E SAÚDE</b><br/>Desenvolver conjuntamente ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, segundo suas competências.</p> <p>Desenvolver ações de vigilância de saúde do trabalhador.</p> <p>Participar da formulação e execução da política de promoção à saúde.</p> <p>Avaliação e divulgação das condições de saúde da população.</p> <p>Conteúdos da Vigilância em Saúde inseridos na Política de Educação Permanente da AB.</p> <p>Programação da rede estadual de laboratórios de saúde pública ordenada pela AB.</p> | <p>NÃO</p> <p>SIM</p> <p>NÃO</p> <p>NÃO</p> <p>NÃO</p> <p>NÃO</p> |
| Total de respostas afirmativas e percentual  | 1/17%   |
| <p style="text-align: center;"><b>PROMOÇÃO DE EQUIDADE</b></p> <p>População de risco conhecida e monitorada.</p> <p>Incentivos financeiros diferenciados para os municípios/população mais vulneráveis.</p> <p>PDI elaborado com objetivo de reduzir desigualdades na Atenção Básica.</p> <p>Regulação de acesso orientada por necessidade e demanda, além da oferta de serviços.</p> <p>PPI orientada por necessidade (Atenção Básica) e demanda, além da oferta de serviços.</p>   | <p>SIM</p> <p>SIM</p> <p>NÃO</p> <p>NÃO</p> <p>NÃO</p>            |
| Total de respostas afirmativas e percentual  | 2/25%   |
| <p><b>GESTÃO E GERÊNCIA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE</b><br/>Estrutura de gestão da Atenção Básica adequada.</p> <p>Gestão dos incentivos financeiros da Atenção Básica.</p> <p>Participação na gestão da assistência farmacêutica básica.</p>   | <p>SIM</p> <p>SIM</p> <p>NÃO</p>                                  |
| Total de respostas afirmativas e percentual  | 2/66%   |
| <p><b>CRITÉRIO AVALIAÇÃO</b><br/>100% - Excelente<br/>80% &lt; 100% - Muito bom<br/>60% &lt; 80% - Bom<br/>40% &lt; 60% - Regular<br/>&lt; 40% - Fraco</p>   |   |

Quadro 3- Matriz de avaliação das FEGES/AB de Pernambuco  
Fonte: Sóter (2009) modificado

(Conclusão)

Como podemos observar, após a aplicação da matriz, entre as oito macrofunções avaliadas, aquela relacionada ao Fortalecimento da Municipalização obteve maior percentual entre respostas afirmativas para seus indicadores, sendo o seu desempenho classificado como muito bom. Outras duas macrofunções foram

avaliadas com bom desempenho: Negociação e Coordenação e Gestão e Gerência de Ações e Serviços de Saúde. Formulação e Avaliação de Políticas de Saúde alcançaram desenvolvimento regular, e as três demais (Regulação, Promoção da Equidade e Integração das Ações de Vigilância em Saúde) obtiveram fraco desempenho. De acordo com o desempenho de cada uma das macrofunções, detalharemos a seguir cada uma delas:

#### **a) Fortalecimento da municipalização**

Diferentemente dos achados de Sóter (2009), onde esta macrofunção teve fraco desenvolvimento, no nosso estudo a função de Fortalecimento da Municipalização apresenta-se com muito bom desempenho, em todos os indicadores analisados, excluindo-se aquele relacionado à adesão dos municípios ao Pacto de Gestão.

Considerando a importância dessa adesão, chamamos a atenção para a referência anteriormente citada de que no Estado, até o mês de março de 2010, apenas 11 municípios (6% do total) haviam aderido ao Pacto de Gestão, fato que colocava Pernambuco na vigésima quinta posição no ranking nacional de entes federados em relação ao processo mencionado (CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2010). Ademais o monitoramento de indicadores da AB parece estar comprometido.

“Os bancos têm sido preenchidos pelos municípios que aderiram ao Pacto [pela Saúde]. A gente tem um hiato no acompanhamento; o número de municípios que aderiu ao Pacto é bem pequeno e os demais não alimentam mais o Pacto da AB” (informação verbal)<sup>6</sup>.

Os serviços de Atenção Básica no estado, segundo modelo de descentralização adotado, encontram-se sob gestão municipal.

“Não existem UBS sob gestão estadual; todas as UBS estão municipalizadas” (informação verbal)<sup>7</sup>.

“Não há Unidades Básicas de Saúde sob gestão estadual” (entrevistado 3).

---

<sup>6</sup> Fala do entrevistado 3.

<sup>7</sup> Fala da entrevistada 1

Em relação ao apoio técnico promovido pela SES/AB e à capacitação de gestores, várias falas dos entrevistados apontam para realização de ações.

“O apoio técnico é feito pela SES quando solicitado pelos municípios. O grande esforço feito neste ano [no apoio aos municípios] foi nas capacitações” (entrevistado 1).

“A gente tem investido muito mesmo no fortalecimento das regionais de saúde. Existe representação da AB nas regionais. Hoje ela não está formalizada dentro do organograma, mas está no novo organograma que deve sair do papel esse ano. A gente vai ter uma coordenação específica da APS em cada regional. A gente se reúne com estas pessoas pelo menos uma vez no mês para fazer o acompanhamento. Esta pessoa está dentro da regional, trabalhando de forma transversal, e é a voz da APS na regional” (entrevistado 3).

“Dividiram a região [IV Regional de Saúde] em quatro, e tem um apoiador em cada, que senta com os municípios da sua responsabilidade e discute situações, inclusive da AB. Mas é uma regional diferenciada do conjunto das gerências regionais” (informação verbal)<sup>8</sup>.

“A gente está tendo conhecimento agora do investimento da educação permanente de Recursos Humanos dos municípios. [...] a equipe técnica da Atenção Básica da Secretaria tem apoiado tecnicamente os municípios” (entrevistado 4).

“Estamos realizando capacitações para profissionais e gestores da AB” (entrevistado 1).

Conforme referência anterior, a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária instituída pelo Decreto Estadual nº 30.353 é regulamentada pela Portaria nº 720 de setembro de 2007 e institui incentivos para AB no Estado.

“Uma vez certificada, a equipe passa a estar apta a receber um conjunto de incentivos repassados pelo governo estadual. Um incentivo financeiro de R\$ 1.200 por mês para o município e que não precisa ser necessariamente aplicado na equipe pode ser usado no que ele quiser, desde que relacionado com a Atenção Primária (AP). Além do incentivo financeiro, tem o kit de equipamento e alguns insumos que são entregues, e esse, sim, tem que ficar na equipe certificada. Atualmente são transferidos por mês para as 297 ESF certificadas aproximadamente 360 mil reais” (entrevistado 3).

---

<sup>8</sup> Fala da entrevistada 4

## **b) Negociação e Coordenação**

A macrofunção de Negociação e Coordenação apresentou bom desenvolvimento. Articulação e negociação com as instâncias colegiadas do SUS no âmbito da gestão e no Controle Social, tanto à época da formulação e implantação da Política de Atenção Básica em 2007 como na revisão proposta no momento, são relatadas.

“Quando a Portaria [de nº 720/2007] foi criada, foi criada também uma Comissão de Certificação, que era um órgão colegiado, porque envolvia representantes do Estado e representantes dos municípios. A Câmara Técnica da CIB é um fórum colegiado que acolhe e discute de forma colegiada as demandas tanto da secretaria como dos municípios que precisam de pactuação. São as duas instâncias que eu conheço” (entrevistado 4).

“Houve uma certificação dos municípios após uma avaliação feita pela SES e aprovada na CIB, e o recurso financeiro ia para os municípios” (entrevistado 1).

“Com o CES, a gente não tem nenhuma ação sistemática, mas a gente tem uma articulação razoável. Sempre que a gente tem uma ação maior, levamos para discutir. No ano passado, levamos a Política [APS], o Chapéu de Palha e também a proposta do [Treinamento] Introdutório”(entrevistado 3).

“Esse grupo [de coordenações] constitui um colegiado informal, e as decisões são, sim, tomadas nessa base [colegiada]” (entrevistado 3).

As onze Comissões Bipartites Regionais têm funcionamento regular. A Política da AB foi submetida à revisão também nestes fóruns.

“A revisão dessa Política [de Atenção Básica] que está sendo feita agora (...) a gente conseguiu aprovar no Conselho Estadual de Saúde. Passou também na Bipartite, foi remetida e passou nos 11 Colegiados de Gestão Regional” (entrevistado 1).

“Mas a receptividade foi muito boa [da revisão da Política]. A gente levou esta discussão para as 11 Regionais [de saúde] e para os Colegiados Regionais de Gestão, e teve até colegiado que aprovou e votou moção de apoio à proposta”(entrevistado 3).

Os resultados do monitoramento e avaliação da Política da AB vem sendo apresentados no âmbito do Conselho Estadual de Saúde.

“Os técnicos da SES vêm aqui [no Conselho Estadual de Saúde] fazer a apresentação [de indicadores de saúde]; seria necessário maior detalhamento com mais tempo [para analisar]” (informação verbal)<sup>9</sup>.

“Eles [SES] apresentaram [no Conselho Estadual de Saúde] as políticas de monitoramento e avaliação para a AB, para média e alta complexidade através do Plano Estadual de Saúde (PES), mas o monitoramento é mais complicado. As coisas são apresentadas pra gente, pra gente avaliar, aprovar tudo, mas o monitoramento dessas políticas é uma coisa mais difícil. A gente tem que fazer isso mesmo como controle social. Ele precisa avançar mais”(informação verbal)<sup>10</sup>.

Não há evidência de boletim informativo ou produção de cartazes e cartilhas voltadas à divulgação dos direitos dos usuários.

### **c) Formulação e Avaliação de Políticas de Saúde**

Na formulação da Política de AB, foram eleitas prioridades e definidas metas para a ampliação da cobertura populacional por meio da Estratégia de Saúde da Família e melhorias de indicadores de saúde. Tais indicadores passaram a ser monitorados e avaliados por Comissão constituída pela SES, Cosems/PE e Conselho Estadual de Saúde.

“A Política (de AB) surgiu num contexto em que o Estado precisava retomar o papel dele de indutor de boas políticas e ações nos municípios e ela se baseou num processo de certificação e Equipes de Saúde da Família (ESF). A Secretaria desenvolveu uma metodologia de avaliação com instrumentos próprios externa de cada unidade que se candidatasse, e a partir dessa avaliação é produzido relatório, que é analisado por uma comissão composta da SES, Cosems e Conselho Estadual de Saúde. A Comissão decide ou não pela certificação da ESF. Uma vez certificada,

---

<sup>9</sup> Fala do entrevistado 6

<sup>10</sup> Fala do entrevistado 7

a equipe passa a estar apta a receber um conjunto de incentivos repassado pelo governo estadual” (entrevistado 3).

“Foi a primeira vez que o Estado anunciou algo de concreto em relação à Política de AB. Houve toda a formulação inicial, e a portaria veio em setembro [de 2007]. A partir de então como toda a política tem seus caminhos e percalços (...)” (entrevistado 4).

“Existem metas prioritárias para ampliação, apresentam em CIB. Fazem meta para município e apresentam proposta de qualificação e crescimento. Há um esforço da direção da AB no Estado” (entrevistado 3).

“Existem alguns critérios que a gente deve analisar se devem continuar repassando ou não [os incentivos financeiros e equipamentos], que a Política já tinha previsto. Basicamente tem a ver com a cobertura de vacinação, cobertura de pré-natal, alimentação do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), internação por complicação de hipertensão, internação por complicação de diabetes” (entrevistado 3).

“A Política [de Atenção Básica] foi construída, se não me engano, em 2007, conjuntamente pela SES e Cosems” (entrevistado 1).

Para avaliação das Políticas, a SES dispõe de órgãos colegiados internos.

“Existe órgão Colegiado na Secretaria Executiva de Atenção e também o Colegiado da Secretaria, com o Secretário, os seis Secretários Executivos e o Chefe de Gabinete, que se reúnem semanalmente. Na Secretaria Executiva de Atenção, as quatro Diretorias e uma Superintendência, a Diretoria de Gestão do Cuidado e Políticas Estratégicas, onde está a APS e o Mãe Coruja, a Superintendência de Assistência Farmacêutica, Diretoria de Modernização e Monitoramento, Diretoria de Assistência à Saúde e a Diretoria Regional, que também tem reuniões semanais. Existe ainda o colegiado dos seis grandes hospitais e o Colegiado das Geres e dos Hospitais Regionais”(entrevistado 1).

No processo de acompanhamento e avaliação da Política de AB foram identificadas situações que comprometem sua implementação e determinaram sua revisão.

“Porque que ela não estava atingindo [os objetivos] o que podia ser feito, se a questão era mudar a regra ou se era o processo de avaliação que tinha problema”(entrevistado 3).

“A Avaliação que a gente faz é que isso não diminuiu as iniquidades na Atenção Primária; pelo contrário a gente acabou dando mais para quem tem mais e não atingimos os municípios de menor porte que era os que mais precisavam” (entrevistado 1).

No Plano Estadual de Saúde 2008–2011, o Programa Mãe Coruja Pernambucana é identificado como um programa cuja iniciativa é do governo estadual e voltado para o grupo de mulheres e crianças com vistas à redução da mortalidade infantil e materna mediante a articulação de diferentes secretarias. Tem propiciado a articulação interna ao setor.

“Conheço o Programa Mãe Coruja. (...) o Programa desenvolve ações básicas de saúde. Visitamos na prática alguns municípios no interior, e realmente é um programa muito interessante. Do governo, é um programa muito bom. Dentro das políticas, é um dos programas que eu considero dos melhores” (entrevistado 7).

“O [Programa] Mãe Coruja, por ter sido pensado como um programa que estrutura a rede traz os princípios da APS. As áreas de saúde da mulher, da criança e alimentação e nutrição, essas três estão bastante integradas, sobretudo pelo Mãe Coruja. Basicamente a gente tem articulado as agendas para que uma não atropela a outra e [procurado] articular uma sequência lógica de atividades para cada região e município. Tem um outro programa que eu acho muito interessante, que é o Chapéu de Palha, que tem o caráter de envolver várias secretarias e melhorar a qualidade de vida das pessoas”(entrevistado 3).

“Tem o Mãe Coruja; é uma linha que envolve várias secretarias de Estado. Parece ser interessante pelo que a gente houve falar. É uma experiência intersetorial que envolve diferentes níveis de atenção”(entrevistado 4).

O Plano Estadual de Saúde (PES) 2008/2011 aponta:

A estruturação de redes de referência especializada a partir da atenção primária, tendo por princípio a hierarquização do Sistema de Saúde, constitui um aspecto central para organização do SUS em Pernambuco, uma vez que as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde,

de forma integral e contínua, devem se dar através do Programa Saúde da Família (PSF) (PERNAMBUCO, 2009, p. 46).

Esta diretriz, no entanto, não é expressa nas Políticas de Promoção da Saúde, de Média e Alta complexidades, e da Assistência Farmacêutica descritas e detalhadas em ações no PES.

#### **d) Regulação**

Como macrofunção relevante para a gestão da Atenção Básica, a avaliação da Regulação em Pernambuco apresentou fraco desenvolvimento e divergentes opiniões entre os entrevistados.

“Toda pactuação com municípios para regulação do acesso é feita pela Secretaria de Regulação. Por exemplo, as Unidades de Pronto Atendimento que estão sendo inauguradas precisam muito dos municípios para a referência e contrarreferência. A Regulação chama os municípios e a assistência para discutir esse fluxo de referência e contrarreferência” (entrevistado 1).

“Afirmo com muita tranquilidade que não há regulação do acesso, [a partir da AB] desde 2007 existem recursos federais, no fundo estadual de saúde, para implantação de centrais de regulação e que não foram implantadas. Os serviços de regulação de acesso são antigos, tecnicamente têm problemas. A formatação da regulação de acesso que existe é inadequada para a realidade de Pernambuco. Quem faz melhor a regulação de acesso hoje são as estruturas municipais de saúde” (entrevistado 4).

A partir dos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde, as redes propostas terão como objetivo a garantia de assistência aos pacientes nos vários níveis de complexidade, estabelecendo fluxos de referência e contrarreferência, assim como mecanismos de avaliação, supervisão e controle da assistência prestada (PERNAMBUCO, 2009, p. 46).

O Plano Estadual de Saúde aponta, como referido acima, a necessária conformação de redes de serviços para o sistema estadual de saúde, com garantia da assistência e fluxos de referência e contrarreferência. No entanto, a opinião dos entrevistados aponta para a incipiência do processo regulatório a partir da AB no Estado.

“Embora em algumas ações a gente tenha enfatizado bastante a questão da organização da APS, para que ela regule o acesso aos demais serviços, o investimento da secretaria nos últimos três anos foi na rede de atendimento hospitalar e pré-hospitalar e nas UPA”(entrevistado 3).

“Hoje a gente não tem uma consulta regulada. Se precisar de uma consulta de Urologia, de Cardiologia, eu atendo no meu universo de PSF e mando para a fila comum. Não temos um arcabouço regulatório. Um sistema que tem uma regulação interessante é o Samu. Outro problema é assistência ao parto. Uma recifense que fez o pré-natal no PSF vai parir em Moreno ou Camaragibe. Os estrangulamentos que existem por conta das demandas de consultas da média complexidade e na assistência ao parto têm comprometido os resultados da AB” (informação verbal)<sup>11</sup>.

A análise acima é corroborada por avaliação no Relatório do Seminário de Regionalização da Assistência à Saúde em Pernambuco do Cosems/PE , que afirma que são bastante frágeis as estruturas de Regulação Assistencial nos âmbitos estadual e municipal.

“Porta de entrada do usuário [no sistema] não é a AB, e isso não é bom. O modelo era para começar na AB. Acho que a AB é prioritária para evitar a mortalidade e morbidade, de ter o acolhimento, de ter os PSFs e ACSs e ter um investimento ali para evitar que o paciente vá até a alta complexidade. Então eu acho que este alto investimento que foi feito na média e alta complexidade, deixando a baixa descoberta, é muito prejudicial para as pessoas, para os usuários. Acho que o modelo podia ser um pouco diferente; não concordo com o modelo que está sendo posto, não” (entrevistado 7).

Mesmo de forma incipiente, vem o correndo a participação da gerência da AB no processo de construção da PPI realizado em oficinas de regionalização referido anteriormente.

---

<sup>11</sup> Fala do entrevistado 5

“Participamos das Oficinas de Regionalização, onde houve a discussão da PPI com os municípios, e temos a perspectiva de que, a partir dos resultados dos produtos das oficinas, possamos ter uma participação bem ativa desse processo” (entrevistado 3).

Não foram identificados mecanismos de avaliação de satisfação de usuários nem o desenvolvimento de protocolos de regulação baseados em linhas de cuidado no âmbito da AB.

### **e) Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos**

O regular desempenho da macrofunção deve ser atribuído principalmente à ausência de políticas voltadas à fixação de profissionais, principalmente médicos, ausência de definição de um piso salarial regionalizado e/ou mesmo a criação de uma carreira, o que favorece a grande rotatividade nas equipes de SF, comprometendo o desenvolvimento da atenção básica nos municípios.

“Em relação à fixação dos profissionais da APS nos municípios, a primeira etapa é reconhecer o problema. Que ele está mais em cima dos médicos e nos municípios mais afastados dos maiores. Os municípios têm que arrumar a casa deles. Esta tem sido uma discussão nos consórcios [municipais]. O consórcio do Araripe está implantado e envolve 13 municípios. Nesse consórcio ainda não se estabeleceu um piso salarial. Os municípios têm que definir um salário regional, definir um adicional pra equipes em zona rural ou mais distantes. Estamos avançando para um estágio onde a gente também tem que ter a participação, por exemplo, na definição desses pisos, numa contrapartida estadual que financie a fixação de profissionais em municípios mais remotos. Não sei se chegaremos a um estágio onde faremos um concurso de base estadual, como o Ceará fez, ou a Bahia, mais recentemente. O Estado não pode deixar o município se virar sozinho com isso” (entrevistado 3).

“Um dos produtos dos seminários regionais [Oficinas de Regionalização] tem sido a discussão de uma política de fixação dos profissionais no interior e de uma política salarial definida, com a participação do gestor estadual. Ainda não temos

nada de concreto; ainda estamos na fase de discussão de projetos. O quanto seria isso e a contrapartida do Estado” (entrevistado 1).

“Eu sei que tenho a responsabilidade e o poder de fazer algo nesse segmento [de fixação de profissionais da AB nos municípios], e a responsabilidade principalmente, mas está tudo errado. Primeiro os gestores têm diferentes visões sobre a sua gestão da AB; esta é a realidade. É justamente por isso que o Estado tem que entrar, para poder regular a ação. Nosso primeiro ensaio foi fazer uma pesquisa. Eu diria, até, uma pesquisa censitária por meio das Geres. Não foi uma pesquisa presencial, mas telefônica, para se ter a ideia de como era a formatação de cada equipe de atenção básica (composição, salários, carga horária). Foi realizada a partir de uma demanda de uma reunião do secretário com a diretoria do Cosems.(...) A pesquisa veio com respostas iguais. Tal qual o conceito legal do Saúde da Família: que tem que trabalhar com horário integral, com 08 horas, 40 horas semanais”(informação verbal)<sup>12</sup>.

“(...) a gente acordou isso com o nível estadual de a gente fazer uma indução pra ter médias regionais salariais, mas isso a gente ainda não conseguiu ter. Não existem mesas de negociação para resolução de conflitos. A gente discute a necessidade, mas não consegue instituir esses espaços. Foi realizado um seminário pelo Cosems em 05 e 06 de março, onde foram analisados os contextos, a questão das UPAs competindo no mercado de trabalho com o PSF, e aí colocamos as propostas” (entrevistado 4).

A política voltada para a formação técnica e educação permanente seguem as diretrizes nacionais com a implantação das Comissão Intergestora de Integração Ensino-Serviço (Cies). Porém, registra-se insuficiência no campo da pós-graduação em SF.

“Outra coisa foi a retomada dos [Treinamentos] Introdutórios, expandindo para os ACS. A última, em conjunto com a diretora da Diretoria de Educação em Saúde, é a Especialização em Saúde da Família [ainda não iniciada]. O recurso utilizado para essas capacitações está previsto no orçamento. São recursos estaduais e federais que vêm para programas específicos. Para essas capacitações também há a

---

<sup>12</sup> Fala do entrevistado 2

contrapartida municipal. Para os [Treinamentos] Introdutórios, chamamos os municípios para cederem profissionais que pudessem contribuir com aquele processo” (entrevistado 3).

“O resgate da Escola [de Saúde] e da Educação em saúde foi um marco. Resgate do curso Técnico de Enfermagem e de Análises Clínicas; houve um investimento para a formação profissional de nível técnico” (entrevistado 1).

“Nossos investimentos nas ESF têm sido no sentido de fazer valer e defender a educação permanente, da criação das CIES a partir do Sertão. Para cada Cies, há um apoiador institucional. Criamos a Comissão Estadual em dezembro de 2008 e nosso primeiro intento para fazer valer a Educação Permanente com a preocupação já dirigida para a AB.(...) Nosso orçamento para 2010 é suficiente e atende a nossa capacidade de ação; permite-nos atuar em cima das necessidades e nossa capacidade de realização.(...) Estamos acompanhando, junto com a AB, desde a concepção das grades curriculares até a gestão das capacitações” (entrevistado 2).

“Na formação de quadro, nós tivemos, em períodos anteriores, um acordo para formar quadros para a SF, tanto que fizemos dois ou três ciclos de especialização do SF. Do último pra cá, a gente não teve um novo ciclo de especialização do SF. Não enxergo um fomento de especialização na área. Existe um aumento das vagas de Residência em SF e de Medicina de Família” (entrevistado 4).

#### **f) Integração com ações de Vigilância em Saúde**

Considerada fraca, esta foi a macrofunção com pior avaliação entre as demais.

As necessidades de saúde da população e o papel fundamental da vigilância em saúde nos territórios sob a responsabilidade sanitária das equipes de SF deveriam ser determinantes para o desenvolvimento conjunto das ações, participação na elaboração de políticas — notadamente daquelas de promoção e da divulgação da condição de saúde da população, aspectos não observados no nosso estudo.

“Há uma tentativa de integração [da VS e AB] como também nos municípios. Aí eu diria que o processo é muito parecido. Nesse caso, não é um processo da gestão de Pernambuco; é uma tentativa geral que está vindo agora e vai depender

da gente. Ainda é incipiente [a articulação]. Já passou a discussão na CIB [da integração], mas como uma coisa: vamos atrás disso para fazer acontecer. Acho que tem um discurso dos setores que ainda não conseguiu chegar à concretude das ações” (entrevistado 4).

“A aproximação com a Vigilância em Saúde vem se dando de forma esporádica” (entrevistado 1).

“Não existe, no campo, integração com os agentes de endemias e a AB. A relação da gente com a vigilância vem sendo mais no sentido de ajudar a formular as políticas e estratégias da vigilância como apoiadores das discussões. Sensibilizamos os municípios para questões que a vigilância precisa puxar.(...) Não articulamos com ações da Promoção. Não houve inclusão de temas de vigilância nas capacitações realizadas; a grade dos [Treinamentos] Introdutórios foi pensada para introduzir o tema das políticas e da política nacional e estadual de AB e SIAB” (entrevistado 3).

“Eu vejo isso [a articulação entre a Vigilância e a AB] de forma muito tímida” (entrevistado 7).

“Em relação à saúde do trabalhador, está sendo implantado um sistema de informação e foi reforçada a rede dos Cerest e de unidades-sentinela. Ao longo de 2010, será feito um diagnóstico para que em 2011 possamos construir um plano envolvendo a APS e os demais níveis de atenção, específico para as questões relacionadas à saúde do trabalhador” (entrevistado 3).

### **g) Promoção de Equidade**

No âmbito da Atenção Básica, a macrofunção Promoção da Equidade também foi avaliada como tendo fraco desempenho.

A Política de Atenção Básica priorizou e orienta o monitorando de segmentos vulneráveis e instituiu incentivos financeiros diferenciados para municípios com populações de risco.No entanto, indicadores avaliados parecem não apontar elementos, tanto nos instrumentos de planejamento (na PPI em construção) como outros investimentos, direcionados à redução das desigualdades.

“Na Portaria [da Política de APS] tem o direcionamento [para a promoção da equidade] (...)” (entrevistado 7).

“Hoje a SES acompanha os assentamentos, a população cigana, quilombola, população rural, com o Chapéu de Palha, e população indígena também” (entrevistado 1).

“(...) o Convergir, que é a Coordenação que lida com assentamentos, quilombolas, ciganos. Todas essas áreas estão ligadas à APS. Na Política da AB vigente, o incentivo financeiro sofre um incremento de 50% se as ESF estiverem fazendo atendimento a populações ligadas a quilombos, população indígena e assentados, conforme estabelecido na portaria, da mesma forma que o recurso federal” (entrevistado 3).

#### **h) Gestão e Gerência de Ações e Serviços de Saúde**

Com bom desempenho, a macrofunção Gestão e Gerência de Ações e Serviços de Saúde parece refletir as mudanças gerenciais implantadas na Secretaria Estadual no último ano, com a adoção de novo organograma.

Há indícios de maior articulação entre as diferentes políticas, além da gestão financeira dos incentivos da Atenção Básica por coordenação específica, que integra a Superintendência de Atenção Primária, fato que não ocorria anteriormente à instituição da nova estrutura.

“A mudança do organograma que aconteceu no final de 2008 e início de 2009 instituiu a Superintendência de AP, e estas áreas técnicas ficaram todas ligadas à AP. A ideia era que nenhum tipo de política fosse construído sem passar pela AB, já que a AB tem o caráter de estruturar a rede de atenção. Tem funcionado bem. A gente faz reuniões periódicas bimestrais, e eu sento com todas as áreas e passo o que está acontecendo e o que está sendo pensado e que possa envolver uma ou outra área. Tem outra coisa que ajuda, que é o [Programa] Mãe Coruja, que, sendo bem voltado para a área materna e infantil, tem promovido integrações bem importantes. As áreas de saúde da mulher, da criança e alimentação e nutrição, estas três estão bastante integradas, sobretudo pelo Mãe Coruja”(entrevistado 3).

“Isto já está concretizado no organograma porque a Superintendência de Atenção Primária é uma superintendência a qual estão subordinadas todas as coordenações de políticas” (entrevistado 1).

“A gente tem orçamento disponível [para o incentivo], mas, a cada ano, como a gente não conseguiu expandir a Política desde o começo, a gente tem tido redução do orçamento pelo simples motivo de que a gente não tem conseguido executar. O acompanhamento da execução do orçamento junto ao Fundo Estadual de Saúde é feito pela Gerência de Expansão e Qualificação da Atenção Primária, que libera os recursos de incentivo para os municípios mediante a avaliação de indicadores já estabelecidos” (entrevistado 3).

O muito bom desempenho da função Fortalecimento da Municipalização parece refletir o modelo de descentralização adotado até então no Estado. Vale registrar que Pernambuco foi o estado no País a municipalizar 100% dos municípios pela NOB 01/96 em 1998 (SÓTER, 2009). Todas as unidades básicas de saúde encontram-se sob gestão municipal. Paradoxalmente, foi verificada baixa adesão dos municípios pernambucanos ao Pacto de Gestão, com possíveis reflexos negativos na organização e gestão do SUS no Estado.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução histórica da Atenção Básica em Saúde no nosso país é marcada por distintos períodos.

Permeada por avanços e retrocessos até a década de 1990, quando se inicia a implantação do Sistema Único de Saúde, a organização desse nível de atenção enfrenta vários desafios. O esforço de gestores do sistema, seja no nível federal, no municipal ou no estadual (foco do nosso estudo), vem se configurando na direção de estabelecer mecanismos e ferramentas que possibilitem a milhões de brasileiros que a Atenção Básica se estabeleça como porta de entrada preferencial do sistema, seja acolhedora, resolutiva, e ordene o acesso regulado aos demais níveis de atenção.

O Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006b) e a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2007) constituem-se potentes instrumentos e estabelecem responsabilidades de cada ente federativo, na gestão da Atenção Básica.

Como apontamos no decorrer do nosso estudo, o processo de descentralização em curso no setor saúde está definido. A municipalização dos serviços de atenção básica no Estado está consolidada, e a gestão municipal tem a responsabilidade de garantir a oferta de serviços básicos de saúde no seu território. Em Pernambuco, o Programa de Saúde da Família cobre 68% da população, com ações básicas de saúde bucal para 65% de pernambucanos e presença de Agentes Comunitários de Saúde em 100% dos municípios.

Diante dessa realidade e considerando as responsabilidades estabelecidas nas diferentes normas do sistema, realizamos nosso estudo de caso na perspectiva de avaliar como a gestão descentralizada da Atenção Básica vem se dando em Pernambuco. Para tanto, utilizamos instrumentos desenvolvidos por Sóter (2009), conforme referido. As oito macrofunções validadas para a gestão estadual da Atenção Básica foram apreciadas por especialistas e gestoras na Conferência de Consenso e matriz de indicadores resultante do consenso, aplicada no âmbito estadual.

A Conferência de Consenso validou as oito macrofunções submetidas à apreciação. Entre as 80 funções, 13 delas não obtiveram consenso e 67 foram validadas; em 35 funções, houve sugestão de adequação na redação e

remanejamento de uma função da macrofunção de regulação para a de formulação de políticas.

As macrofunções apreciadas no nosso estudo de caso trazem como resultados:

1. O muito bom desempenho da Função de Fortalecimento da Municipalização, que parece refletir o modelo de descentralização adotado até então no Estado. Paradoxalmente, foi verificada baixa adesão dos municípios pernambucanos ao Pacto de Gestão, que tem, dentre as suas prioridades, o Fortalecimento da AB. Tal situação pode apontar para o comprometimento da reorientação do modelo por linhas de cuidado, da execução das ações básicas de saúde e também do monitoramento de indicadores da AB.

2. As macrofunções de Negociação e Coordenação, Gestão e Gerência de Ações e Serviços de Saúde e obtiveram bom desempenho. Observa-se capacidade de articulação entre as instâncias colegiadas internas da SES e também as externas, como CIB, CRG e CES.

A recente reformulação da estrutura gerencial da SES também é elemento positivo avaliado, porém torna-se necessário o fortalecimento das estruturas regionais de gestão já assinalado.

3. Formulação e Avaliação de Políticas, como macrofunção, obteve desempenho regular, reflexo da ausência de expressão da Atenção Básica como orientadora das Políticas de Promoção da Saúde, de Média e Alta complexidades e da Assistência Farmacêutica .

A avaliação da implantação da Política de AB e seus efeitos indesejados são conseqüência da complexidade do processo de certificação das ESF, percentual de equipes certificadas (15% do total de ESF implantadas em abril de 2010) e iniquidades entre municípios geradas pela implantação da Política na avaliação da SES, o que levou a sua revisão, ainda inconclusa.

4. A macro função de Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos também teve avaliação regular. As políticas relacionadas à formação técnica e profissional em desenvolvimento pela SES estão articuladas com as demandas da AB e seguem as diretrizes nacionais. No entanto, aquelas voltadas à regulação e fixação dos profissionais, especialmente médicos das ESF, nos municípios de menor porte e distantes da área metropolitana do Estado, além da ausência de diretrizes

para regionalização salarial, parecem indicar necessidade de intervenção conjunta da AB e Gestão do Trabalho.

5. As macrofunções de Regulação, Integração com Ações de Vigilância em Saúde e Promoção de Equidade apresentaram fraco desenvolvimento, indicando a necessidade de aprofundamento na análise dessas macrofunções com vistas à melhoria dos seus desempenhos.

O estudo de caso de Pernambuco, levando em conta as limitações do método, nos permitiu avaliar, por meio da construção de indicadores e de instrumentos já validados, o desenvolvimento de macrofunções da gestão descentralizada da AB, objetivo da nossa pesquisa.

Considerando que a Atenção Básica é prioridade de governo concretizada por meio de políticas voltadas para seu desenvolvimento, esperamos que este estudo venha a se constituir como instrumento de análise para instâncias gestoras do sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVES, C. K. A. **Institucionalização da avaliação na atenção básica**: análise da implantação do programa em uma gestão estadual. 2008. Dissertação (Mestrado em saúde pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

ARAÚJO JÚNIOR, J. L. A. C. **Decentralization in the Health sector**. The Brazilian process, issues and problems, 1988-1994. 1994. Dissertação (Mestrado) - University of Leeds, Nuffield Institute for Health, Leeds, 1994.

ARRETCHE, M. Dossiê federalismo. **Revista de sociologia e política**, Curitiba, n. 24, p. 7-8, 2005.

ARRETCHE, M. Mitos da descentralização. Mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **Revista brasileira de ciências sociais**, São Paulo, n. 31, jun. 1996. Disponível em: <[http://www.ampocs.org.br/portal/publicações/rbsc\\_0031/rbsc31\\_03](http://www.ampocs.org.br/portal/publicações/rbsc_0031/rbsc31_03)>. Acesso em: 24 jan. 2009.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciências & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 455-479, 2002.

BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciências & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 829-839, 2009.

BAZZANI, R. et al. 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. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, supl., S109-S112, 2006.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciências & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 17. ed. atual. Brasília, DF: Senado Federal, Secretaria Especial de Editorações e Publicações, 2001a.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, v. 78, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 2006a. (Série pactos pela saúde, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do SUS: NOB/SUS - 01/96**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.sjc.sp.gov.br/sms/downloads/nob.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF, 2006b. (Série pactos pela saúde, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da assistência à saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 (Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar). Brasília, DF, 2001b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 116).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da assistência à saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar). 2. ed. rev. e atual. Brasília, DF, 2002. (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **IDB**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/co01.htm>>. Acesso em: 23 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de situação em saúde**. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 23 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação da atenção básica**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 6 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Gestores do SUS: olhares e vivências**. Brasília, DF, 2006.

BRESSAN, F. **O método do estudo de caso**. Disponível em: <<http://www.serprofessoruniversitario.pro.br/sobre.php>>. Acesso em: 24 jul. 2009.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 131-147, 2006.

CASTRO, A. L. B. **A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil**: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

COLEGIADO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO. **Relatório do Seminário de Regionalização da Assistência à Saúde em Pernambuco**. Recife, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **A gestão da saúde nos estados**: avaliação e fortalecimento das funções estaduais. Brasília, DF, 2007a.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, DF, 2007b.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos estados**: caderno de apresentação. Brasília, DF, 2009.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American journal of public health**, Boston, v. 94, n. 11, p. 1864-1874, 2004. Disponível em: <<http://www.ajph.org/cgi/reprint/94/11/1864>>. Acesso em: 9 jun. 2010.

FAUSTO, M. C. R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde**: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira. 2005. Tese (Doutorado em saúde coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FERNANDES, A. S. A política nacional de atenção básica. **Revista Conasens**. Brasília, DF, v. 17, p. 34-35, 2006.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configuração e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 21-23, 2008.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária em saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 575-626.

GOFIN, J.; GOFIN, R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, DF, v. 21, n. 2/3, p. 177-185, 2007.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, supl. 2, p. 269-291, 2001.

MACHADO, C. V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, n. 23, n. 9, p. 2113-2126, 2007.

MACHADO, C. V. Prioridades da saúde no Brasil nos anos 90: três políticas, muitas lições. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, DC, n. 20, p. 44-49, 2006.

MACIEL, R. F.; BRANCO, M. A. F. **Rumo ao interior**: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

MARTINS, F. Jr. Análise do processo de implantação do SUS no Brasil e propostas de avanço com a garantia dos princípios definidos legalmente. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Convergências e divergências sobre gestão e regionalização do SUS**. Brasília, DF, 2004. p. 62-87. (Conass Documenta, n. 6).

MÉDICE, A. **Breves considerações sobre a relação entre financiamento da saúde e direito sanitário no Brasil**. Brasília, DF, 2009. Disponível em:

<<http://www.idisa.org.br/Uploads/FinanciamentoeDiretoSanitarionoBrasil2.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2010.

MENICUCCI, T. A. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G.; ARRETC, H. E. M.; MARQUES, E. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p. 303-343.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da atenção primária nas Américas**. Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde. Washington, DC, 2005. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2009.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro, Medsi, 1999. p. 489-503.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1819-1829, nov. 2007.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

PERNAMBUCO. Secretaria de Estadual de Saúde. **Balço de gestão**. Disponível em: <<http://www.saude.pe.gov.br/Downloads/Balan%20de%20Gest%20SES.%20PDF.%20Internet.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2010.

PERNAMBUCO. Secretaria de Estadual de Saúde. **Plano diretor de regionalização**. Recife, 2006.

PERNAMBUCO. Secretaria de Estadual de Saúde. **Plano estadual de saúde 2008-2011**. Disponível em: <<http://www.saude.pe.gov.br/pes/PlanoEstadualdeSaude.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2010.

PERNAMBUCO. Secretaria de Estadual de Saúde. **Portaria nº 720, de 12 de agosto de 2007**. Dispõe da Política de Fortalecimento da atenção primária no Estado de Pernambuco. Recife, 2007.

RICHARDSON, R. J.; PERES, J. A. S. **Pesquisa social métodos e técnicas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989. cap. 3, p. 20-48.

SOLLA, J. J. S. P. et al. Avaliação da implantação das ações de controle, avaliação e auditoria na gestão plena do Sistema Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS**: relatos de experiências – Gestão dos Serviços de saúde. Brasília, DF, 2002.

SOLLA, J. J. S. P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 4, n. 4, p. 495-502, 2007.

SOTER, A. P. M. **Descentralização da vigilância em saúde, no contexto da descentralização do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2005**: termo de referência para contratação de estudo de caso. Campinas: [s.n.], 2005.

SOTER, A. P. M. **O papel da esfera estadual na gestão descentralizada do SUS: o caso Pernambuco**. 2009. Dissertação (Mestrado acadêmico em saúde pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

SOUZA, L. E. P. F.; VIEIRA DA SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: VIEIRA DA SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EdUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 65-102.

SOUZA, M. F. **O Programa de Saúde da Família enquanto estratégia de redução da mortalidade infantil**: termo de referência para contratação de estudo de caso [S.l.: s.n.], 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, 2002.

TEIXEIRA, C. F. A mudança no modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em debate**, Londrina, n. 27, p. 257-277, 2003.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. **Revista brasileira de saúde da família**, Brasília, DF, n. 7, p. 10-23, 2004.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, n. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. A. Reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, n. 8, supl. 2, p. 11-48, 1998.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e Federalismo: a política de saúde em novo contexto – Lições do caso brasileiro. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, n. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

VILASBÔAS, A. L. Políticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, 2008.

VILASBÔAS, A. L.; TEIXEIRA, C. F. Saúde da família e vigilância em saúde: em busca da integração das práticas. **Revista brasileira de saúde da família**, Brasília, DF, n. 8, p. 63-67, 2007.

VOURI, H. Health for all, primary health care and general practitioners. **Journal of the Royal College of General Practitioners**, Edinburgh, n. 36, p. 398-402, 1986. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1960528&blobtype=pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2010.

YIN, R. K. **Case study research**: design and methods. Disponível em: <[http://www.focca.com.br/cac/textocac/Estudo\\_Caso.htm](http://www.focca.com.br/cac/textocac/Estudo_Caso.htm)>. Acesso em: 24 jul. 2009.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A - Lista de participantes da Conferência de Consenso**

1-Heloiza Machado

2-Luciana Figuerôa

3-Tereza Cristina Bezerra

4-Tereza de Jesus Campos

5-Leopoldina Falcão

6-Marina Mendes

7-Vilma Macêdo

## **APÊNDICE B - Roteiro para entrevistas Feges/AB**

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Identificação

Nome:

Cargo/função Atual:

Tempo no Cargo:

Tempo no Órgão:

Formação:

E-mail:

### EIXO 1

#### FORMULAÇÃO E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA

a. Prioridades da Política de Atenção Básica Estadual e

Critérios

Correção de iniquidades

Divulgação

b. Políticas formuladas pela SES Atenção Básica e Políticas Setoriais na AB:

Assistência Farmacêutica e AB, Saúde Mental, Saúde do trabalhador, oncologia, urgência e emergência, assistência ao parto e RN e articulação com a AB

Promoção à Saúde e Vigilância em Saúde na AB

c. Atores chaves na formulação e na implantação da Política de AB.

Principais apoiadores e opositores

d. Programa/Plano de caráter genuinamente estadual na AB

Soluções inovadoras

Experiências exemplares

e. Programação/Orçamentação

PPA estadual

Plano de Saúde

Plano Diretor de Investimentos

Orçamento

f. Execução Financeira

Gestão do Fundo Estadual de Saúde para a AB

Incentivo estadual para a AB

g. Sistemas de Informação

Papel da SES

h. Avaliação das Políticas

Definição de Metas Prioritárias

Sistemas de Monitoramento e Avaliação

Pacto da AB: continua? Transição?

Pesquisas Avaliativas

EIXO 2

PROMOÇÃO DE EQUIDADE

a. Identificação de grupos prioritários

b. Incentivos financeiros.

c. Influência do PPI/PDR na redução de iniquidades

d. Regulação de acesso aos serviços de Saúde

EIXO 3

REGULAÇÃO

a. Marcos Regulatórios do SUS Estadual para a AB

Leis/decretos

Normas técnicas e parâmetros de qualidade assistencial incluindo saúde do trabalhador

Regras de qualificação na Política Estadual de AB (incentivos)

b. Complexo Regulatório Estadual

Regulação de Sistemas de Saúde

Como é o sistema estadual em relação ao acesso: a AB é porta de entrada?

c. Funcionamento de Auditoria, Controle e Avaliação

Normas e instrumentos estaduais/ nacionais

d. Garantia do Direito à Saúde

Leis/normas

Ouvidoria

Parceria com Ministério Público

Divulgação dos direitos

## EIXO 4

### NEGOCIAÇÃO E COORDENAÇÃO

#### a. Mecanismos de Democratização da Gestão

Internos: existe órgão colegiado na AB?

Externos: gestores, legislativo, trabalhadores e usuários-apoiadores externos

#### b. Conselho Estadual- Comissão para AB? Acompanha a Política de AB?

#### c. Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite

#### d. Mobilização Social

Informativos

Educação Popular

## EIXO 5

### FORTALECIMENTO DA MUNICIPALIZAÇÃO

#### a. Apoio técnico e financeiro aos municípios

Incentivos financeiros

Recursos Humanos

Cooperação Técnica

## EIXO 6

### GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE RH

Adequada/inadequada

Problemas

Soluções Inovadoras

Mecanismos de Interiorização e fixação de profissionais

#### b. Resolução dos Conflitos

Mesas de Negociação

Formação e Educação Profissional

## EIXO 7

### INTEGRAÇÃO COM AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

#### a. Componentes da Vigilância em Saúde

Integração/desintegração: ex.: ACS e Agentes de Endemias

b. Papel do estado e municípios

c. Órgão Estadual Responsável

d. Políticas de Promoção à Saúde

Mudanças de Estilo de Vida

Intersetorialidade

## EIXO 8

### GESTÃO E GERÊNCIA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

a. Compreensão de gestão e gerência

b. Modelo de Descentralização adotado pelo Estado

c. Serviços Próprios gerenciados pelo Estado:

Atualmente existe algum serviço nesta condição?

**APÊNDICE C- Termo de consentimento livre e esclarecido**

Autora/Pesquisador responsável: Afra Suassuna Fernandes

Instituição de origem: Instituto Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip)

Telefone para contato: 2122 4199

Esta pesquisa fará parte da dissertação de mestrado (CPqAM/FIOCRUZ) O Papel da Esfera Estadual na Gestão Descentralizada da Atenção Básica em Pernambuco, que tem como objetivo avaliar o cumprimento do papel da esfera estadual na gestão descentralizada da Atenção Básica em Pernambuco.

Justifica-se este trabalho considerando-se a importância da avaliação de práticas de saúde, além de contribuir como um referencial teórico-prático para o processo de implantação/implementação da estratégia de descentralização do SUS.

Para a coleta dos dados, serão utilizadas entrevistas com gestores e conselheiros estaduais de saúde do SUS Pernambuco. As entrevistas têm como finalidade caracterizar o perfil dos gestores e conselheiros de saúde e o conhecimento e a percepção sobre o papel da esfera estadual de Pernambuco na gestão descentralizada do SUS. Também serão utilizados relatórios dos sistemas de informação para obtenção de informações relevantes para o estudo. No caso de recusa ou desistência, o sujeito da pesquisa não irá se prejudicar no exercício do seu trabalho. Qualquer necessidade, acessar o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone: 81-2122 4100.

Será garantido ao participante: direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa; confidencialidade e anonimato.

Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e eventos científicos, tais como: monografias, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, congressos e reuniões científicas.

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa acima referida nas etapas do manejo de casos e entrevistas.

Data:

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **ANEXOS**

**ANEXO A-** Planilha com Feges para apreciação das especialistas

| <b>1. FORMULAÇÃO E AVALIAÇÃO DE POLITICAS</b>  | <b>1ª pontuação</b> | <b>2ª pontuação</b> |
|--|---------------------|---------------------|
| 1.1. Formular e implementar políticas voltadas a promover a mudança do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS estadual;  |                     |                     |
| 1.2. Formular a política de Atenção Básica estadual  |                     |                     |
| 1.3. Acompanhar e a avaliar a política de atenção básica estadual;   |                     |                     |
| 1.4. Definir políticas “setoriais” de saúde (saúde mental, saúde trabalhador, oncologia, urgência e emergência, assistência ao parto e ao recém nascido,etc.)                                  |                     |                     |
| 1.5. Formular a política de Assistência Farmacêutica   |                     |                     |
| 1.6. Acompanhar e a avaliar a política de Assistência Farmacêutica estadual;   |                     |                     |
| 1.7. Formular a política de Vigilância em Saúde  |                     |                     |
| 1.8. Acompanhar e a avaliar a política de Vigilância em Saúde estadual;  |                     |                     |
| 1.9. Organizar e coordenar o sistema de informação em saúde no estado;   |                     |                     |
| 1.10. Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação de base nacional, conforme normas do Ministério da Saúde; |                     |                     |

|  |  |  |
|--|--|--|
| 1.11. Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal. |  |  |
| 1.12. Realizar pesquisas e estudos na área de saúde;   |  |  |
| 1.13. Estabelecer parcerias com os institutos de pesquisa e instituições acadêmicas para realizar oportunamente estudos que apoiem a tomada de decisões na Gestão Estadual.                                    |  |  |
| 1.14. Em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;  |  |  |
| 1.15. Elaborar a proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde – SUS no estado, de conformidade com Plano Estadual de Saúde;   |  |  |
| 1.16. Administrar os recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano à saúde;   |  |  |
| 1.17. Celebrar convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde;   |  |  |
| 1.18. Acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população e das condições ambientais;   |  |  |
| 1.19. Promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades  |  |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para a pesquisa, ações e serviços de saúde;   |  |  |
| 1.20. Desenvolver a capacidade de gestão para a cooperação técnica com os municípios, as instituições formadoras de recursos humanos, de ciência e tecnologia, o Ministério da Saúde e organismos internacionais .                  |  |  |
| 1.21. Implementar soluções inovadoras, em saúde, cujo impacto possa ser medido e avaliado.  |  |  |
| <b>2. PROMOÇÃO DE EQUIDADE</b>  |  |  |
| 2.1. Definir prioridades a partir do enfoque de risco de adoecer e morrer,  |  |  |
| 2.2. Reorganizar o sistema estadual de saúde, por meio da PPI, visando corrigir situações de iniquidades de distribuição de equipamentos e serviços de saúde;   |  |  |
| 2.3. Monitorar e avaliar o acesso aos serviços de saúde ofertados por prestadores públicos e/ou privados, adotando enfoque que permita reduzir as desigualdades na oferta dos serviços entre as regiões do Estado e os Municípios;. |  |  |
| 2.4. Elaborar e executar o plano estadual de investimentos – PDI, de acordo com as necessidades de correção de iniquidades sanitárias;  |  |  |
| 2.5. Executar e/ou coordenar ações para superar barreiras de acesso às  |  |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| intervenções de saúde, adotando, inclusive, medidas de discriminação positiva, de modo a reduzir as iniquidades.   |  |  |
| <b>3. REGULAÇÃO</b>  |  |  |
| 3.1. Desenvolver e implantar marco regulatório do SUS, no âmbito estadual;   |  |  |
| 3.2. Elaborar novas leis e normas visando assegurar a qualidade dos serviços de saúde e a promoção de ambientes saudáveis.   |  |  |
| 3.3. Adotar medidas de proteção aos cidadãos em suas relações com o sistema de saúde;  |  |  |
| 3.4. Implementar sistemas de avaliação da satisfação dos usuários e usar essa avaliação para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.   |  |  |
| 3.5. Definir, divulgar, explicar e garantir os direitos dos usuários.  |  |  |
| 3.6. Executar a fiscalização, controle e auditoria de produtos, ações, serviços e estabelecimentos para garantir o cumprimento da regulamentação de forma oportuna, correta, consistente e completa.                               |  |  |
| 3.7. Implantar mudanças organizacionais no processo de trabalho realizado nas unidades de saúde com vistas à melhoria da qualidade e humanização das ações e serviços, bem como da satisfação dos trabalhadores e usuários do SUS; |  |  |
| 3.8. Definir as instâncias e mecanismos  |  |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;   |  |  |
| 3.9. Elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;   |  |  |
| 3.10. Elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;  |  |  |
| 3.11. Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;   |  |  |
| 3.12. Elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;   |  |  |
| 3.13. Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos; |  |  |
| 3.14. Implementar um sistema de avaliação de tecnologias de saúde que colabore no processo de tomada de decisão de todo o sistema de saúde e contribua para melhorar sua qualidade.                     |  |  |
| 3.15. Utilizar a metodologia científica para a avaliação da qualidade de intervenções de saúde nos diversos graus de complexidade   |  |  |
| 3.16. Controlar, avaliar e monitorar os   |  |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| resultados obtidos pelos sistemas municipais de saúde;   |  |  |
| 3.17. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;  |  |  |
| 3.18. Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde |  |  |
| 3.19. Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;  |  |  |
| 3.20. Monitorar e avaliar o desempenho das redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas estaduais;  |  |  |
| 3.21. Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;   |  |  |
| 3.22. Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade;   |  |  |
| 3.23. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo estado;  |  |  |
| <b>4. NEGOCIAÇÃO E COORDENAÇÃO</b>   |  |  |
| 4.1. Executar ações de comunicação na  |  |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| relação com a sociedade (conselhos de saúde, Ministério Público, imprensa etc)  |  |  |
| 4.2. Executar ações de comunicação na relação com instituições (MS, prefeituras, outras SES, Conesems, Conasems, Conass etc).   |  |  |
| 4.3. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;  |  |  |
| 4.4. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;   |  |  |
| 4.5. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;  |  |  |
| <b>5. FORTALECIMENTO DA MUNICIPALIZAÇÃO</b>   |  |  |
| 5.1. Promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde;  |  |  |
| 5.2 .Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde  |  |  |
| 5.3. Apoiar a qualificação dos sistemas municipais de saúde no sentido de assumir as seguintes responsabilidades:   |  |  |
| Elaborar o Plano Municipal de Saúde bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão, que deverá ser aprovado anualmente pelo Conselho Municipal de Saúde. |  |  |
| Firmar e cumprir o Pacto da Atenção   |  |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| Básica com o estado.   |  |  |
| Executar as ações básicas, de média e de alta complexidade em Vigilância Sanitária, pactuadas na CIB.  |  |  |
| Executar as ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, pactuadas na CIB.   |  |  |
| Integrar e articular o município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo o detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal.   |  |  |
| Garantir o atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como a organização do encaminhamento para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território. |  |  |
| Avaliar permanentemente o impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente.  |  |  |
| <b>6. GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE RH</b>   |  |  |
| 6.1. Dispor de diagnóstico da situação dos RH em saúde no estado.  |  |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| 6.2. Implementar ações de educação, capacitação e avaliação de RH em saúde para qualificação da gestão, gerência e prestação de serviços no SUS.   |  |  |
| 6.3. Formar parcerias com instituições de ensino para a implementação e reorientação de programas de graduação, pós-graduação e aperfeiçoamento que garantam desempenhar com eficiência a gestão, gerência e prestação de serviços no SUS. |  |  |
| 6.4. Desenvolver a capacidade institucional para a administração de RH.  |  |  |
| 6.5. Adotar medidas para a formação ética dos recursos humanos em saúde , com ênfase em princípios e valores como solidariedade, equidade, respeito à dignidade das pessoas e conhecimento do marco legal que rege o SUS .                 |  |  |
| 6.6. Apoiar e cooperar tecnicamente com os municípios para o desenvolvimento da educação permanente.   |  |  |
| 6.7. Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;  |  |  |
| 6.8. Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;   |  |  |
| 6.9. Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades   |  |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;   |  |  |
| 6.10. Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual;  |  |  |
| <b>7. COORDENAÇÃO E EXECUÇÃO DE AÇÕES DE VIGILANCIA EM SAÚDE</b>  |  |  |
| 7.1. Estimular mudanças nos estilos de vida e nas condições do trabalho e do ambiente para facilitar o desenvolvimento de “cultura e práticas saudáveis de saúde”.  |  |  |
| 7.2. Fortalecer alianças intersetoriais e a identificação de recursos para tornar as ações de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida mais efetivas.  |  |  |
| 7.3. Desenvolver ações de educação, informação e comunicação social para promover condições, estilos de vida, condutas e ambientes saudáveis.   |  |  |
| 7.4. Reorientar o sistema e os serviços de saúde para o desenvolvimento de modelos de atenção com ênfase na promoção da saúde.  |  |  |
| 7.5. Executar em caráter suplementar as ações de vigilância e investigação de surtos epidêmicos de doenças emergentes e situação de risco, e em caráter complementar, investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória. |  |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| 7.6. Coordenar no âmbito do Estado o desenvolvimento de ações para o controle de doenças transmitidas por vetores e riscos à exposição de substâncias tóxicas e condições ambientais nocivas à saúde. |  |  |
| 7.7. Coordenar a implantação da vigilância à saúde do trabalhador e das doenças e agravos não transmissíveis no âmbito do Estado.   |  |  |
| 7.8. Coordenar ações de vigilância sanitária relacionadas a estabelecimento de padrões e controle sobre produtos e serviços.  |  |  |
| 7.9. Desenvolver programas e ações de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador capazes de identificar precocemente doenças e agravos de risco à saúde.               |  |  |
| 7.10. Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de alimentação e nutrição e de saúde do trabalhador;                    |  |  |
| 7.11. Definir normas e executar ações de vigilância sanitária;  |  |  |
| <b>8. GESTÃO E GERÊNCIA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE</b>  |  |  |
| 8.1. Gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;  |  |  |
| 8.2. Executar ações administrativas para garantir a infra-estrutura própria   |  |  |

Fonte: SÓTER (2009) modificado



|  |    |    |    |    |    |    |    |          |         |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----------|---------|
| 1.12. Realizar e apoiar pesquisas e estudos na área de saúde   | 10 | 10 | 9  | 10 | 9  | 10 | 10 | 9,714286 | 0,48795 |
| 1.13. Estabelecer parcerias com os institutos de pesquisa e instituições acadêmicas para realizar oportunamente estudos que apóiem a tomada de decisões na Gestão Estadual   | 10 | 10 | 9  | 10 | 9  | 8  | 10 | 9,428571 | 0,7868  |
| 1.14. Subsidiar a formulação, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde   | 9  | 10 | 9  | 10 | 9  | 8  | 10 | 9,285714 | 0,75593 |
| 1.15. Participar da elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde – SUS no estado, em conformidade com Plano Estadual de Saúde   | 10 | 10 | 9  | 10 | 10 | 10 | 10 | 9,857143 | 0,37796 |
| 1.16. Acompanhar a execução dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano à saúde   | 10 | 10 | 9  | 10 | 10 | 10 | 10 | 9,857143 | 0,37796 |
| 1.17. Celebrar convênios ,acordos e protocolos internacionais relativos à saúde  | 10 | 10 | 9  | 10 | 9  | 8  | 10 | 9,428571 | 0,7868  |
| 1.18. Acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população e das condições ambientais  | 10 | 10 | 9  | 8  | 9  | 10 | 10 | 9,428571 | 0,7868  |
| 1.19. Promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para a pesquisa, ações e serviços de saúde | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0        | 0       |
| 1.20. Desenvolver a capacidade de gestão para a cooperação técnica com os municípios, as instituições formadoras de recursos humanos, de ciência e tecnologia, o Ministério da Saúde e organismos internacionais                   | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10       | 0       |
| 1.21. Implementar soluções inovadoras, em saúde, cujo impacto possa ser medido e avaliado  | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10       | 0       |
| 1.22. Reorientar o sistema e serviços de saúde para o desenvolvimento de modelos de atenção com ênfase na promoção da saúde  | 10 | 10 | 9  | 9  | 8  | 8  | 10 | 9,142857 | 0,89974 |
| <b>2.PROMOÇÃO DE EQUIDADE</b>  |    |    |    |    |    |    |    |          |         |
| 2.1. Definir prioridades a partir do enfoque de risco de adoecer e morrer  | 10 | 10 | 9  | 10 | 10 | 10 | 10 | 9,857143 | 0,37796 |

|   |    |    |    |    |    |    |    |          |         |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----------|---------|
| 2.2. Participar da formulação da PPI, visando corrigir situações de iniquidades de distribuição de equipamentos e serviços de saúde   | 5  | 10 | 8  | 10 | 9  | 8  | 10 | 8,571429 | 1,81265 |
| 2.3. Monitorar e avaliar o acesso aos serviços de saúde ofertados por prestadores públicos e/ou privados, adotando enfoque que permita reduzir as desigualdades na oferta dos serviços entre as regiões do Estado e os Municípios | 10 | 9  | 9  | 7  | 9  | 10 | 10 | 9,142857 | 1,06904 |
| 2.4. Participar na elaboração e executar o plano estadual de investimentos – PDI, de acordo com as necessidades de correção de iniquidades sanitárias   | 10 | 10 | 10 | 9  | 9  | 10 | 10 | 9,714286 | 0,48795 |
| 2.5. Executar e/ou coordenar ações para superar barreiras de acesso às intervenções de saúde, adotando, inclusive, medidas de discriminação positiva, de modo a reduzir as iniquidades  | 5  | 10 | 10 | 9  | 9  | 5  | 10 | 8,285714 | 2,28869 |
| <b>3.REGULAÇÃO</b>  |    |    |    |    |    |    |    |          |         |
| 3.1. Subsidiar a implantação do marco regulatório do SUS, no âmbito estadual  | 10 | 10 | 10 | 8  | 7  | 10 | 10 | 9,285714 | 1,25357 |
| 3.2. Subsidiar leis e elaborar normas visando assegurar a qualidade dos serviços de saúde e a promoção de ambientes saudáveis   | 7  | 10 | 9  | 9  | 8  | 10 | 10 | 9        | 1,1547  |
| 3.3. Adotar medidas de proteção aos cidadãos em suas relações com o sistema de saúde  | 7  | 8  | 8  | 9  | 9  | 10 | 10 | 8,714286 | 1,1127  |
| 3.4. Implementar sistemas de avaliação da satisfação dos usuários e usar essa avaliação para melhorar a qualidade dos serviços de saúde   | 10 | 10 | 10 | 9  | 9  | 10 | 9  | 9,571429 | 0,53452 |
| 3.5. Divulgar, explicar e garantir os direitos dos usuários   | 10 | 10 | 10 | 9  | 10 | 10 | 10 | 9,857143 | 0,37796 |
| 3.6. Executar a fiscalização, controle e auditoria de produtos, ações, serviços e estabelecimentos para garantir o cumprimento da regulamentação de forma oportuna, correta, consistente e completa                               | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0        | 0       |
| 3.7. Definir as instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0,142857 | 0,37796 |





|   |    |    |    |    |    |    |    |          |         |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----------|---------|
| Elaborar o Plano Municipal de Saúde bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão, que deverá ser aprovado anualmente pelo Conselho Municipal de Saúde  | 10 | 10 | 10 | 9  | 10 | 10 | 10 | 9,857143 | 0,37796 |
| Firmar e cumprir o Pacto pela Saúde   | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10       | 0       |
| Apoiar a execução das ações básicas em Vigilância Sanitária, pactuadas na CIB   | 8  | 10 | 10 | 7  | 8  | 10 | 10 | 9        | 1,29099 |
| Apoiar as ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, pactuadas na CIB   | 8  | 10 | 10 | 7  | 10 | 10 | 10 | 9,285714 | 1,25357 |
| Integrar e articular o município na rede estadual incluindo responsabilidades da PPI do estado, programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal   | 5  | 10 | 10 | 8  | 10 | 10 | 10 | 9        | 1,91485 |
| Garantir o atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso  | 8  | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 9,714286 | 0,75593 |
| Avaliar permanentemente o impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente  | 10 | 10 | 8  | 10 | 10 | 10 | 10 | 9,714286 | 0,75593 |
| 5.4. Instrumentalizar os municípios para implantar mudanças organizacionais no processo de trabalho realizado nas unidades de saúde com vistas à melhoria da qualidade e humanização das ações e serviços, bem como da satisfação dos trabalhadores e usuários do SUS | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10       | 0       |
| <b>6.GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE RH</b>   |    |    |    |    |    |    |    |          |         |
| 6.1. Dispor e analisar diagnóstico da situação dos RH em saúde no estado  | 8  | 10 | 9  | 8  | 7  | 10 | 10 | 8,857143 | 1,21499 |
| 6.2. Sistematizar as necessidades de ações de educação, capacitação e avaliação de RH em saúde para qualificação da gestão, gerência e prestação de serviços na Atenção Básica  | 5  | 10 | 10 | 8  | 9  | 10 | 10 | 8,857143 | 1,86445 |

|  |    |    |    |    |    |    |    |          |         |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----------|---------|
| 6.3.Demandar parcerias com instituições de ensino para a implementação e reorientação de programas de graduação, pós-graduação e aperfeiçoamento que garantam desempenhar com eficiência a gestão, gerência e prestação de serviços no SUS | 10 | 10 | 8  | 10 | 8  | 10 | 10 | 9,428571 | 0,9759  |
| 6.4.Desenvolver a capacidade institucional para a administração de RH.   | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0        | 0       |
| 6.5.Apoiar a adoção de medidas para a formação ética do recursos humanos em saúde , com ênfase em princípios e valores como solidariedade, eqüidade, respeito à dignidade das pessoas e conhecimento do marco legal que rege o SUS.        | 10 | 10 | 8  | 9  | 7  | 10 | 10 | 9,142857 | 1,21499 |
| 6.6.Apoiar e cooperar tecnicamente com os municípios para o desenvolvimento da educação permanente   | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10       | 0       |
| 6.7.Promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual  | 10 | 10 | 9  | 9  | 8  | 10 | 9  | 9,285714 | 0,75593 |
| 6.8.Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde   | 10 | 10 | 8  | 10 | 10 | 10 | 10 | 9,714286 | 0,75593 |
| 6.9.Apoiar a articulação e pactuação da SES com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção                             | 10 | 9  | 8  | 9  | 9  | 10 | 9  | 9,142857 | 0,69007 |
| 6.10. Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0        | 0       |
| <b>7.INTEGRAÇÃO COM AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b>   |    |    |    |    |    |    |    |          |         |
| 7.1.Estimular mudanças nos estilos de vida e nas condições do trabalho e do ambiente para facilitar o desenvolvimento de “cultura e práticas saudáveis de saúde”   | 10 | 10 | 8  | 10 | 10 | 10 | 10 | 9,714286 | 0,75593 |
| 7.2.Fortalecer alianças intersetoriais e a identificação de recursos para tornar as ações de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida mais efetivas   | 10 | 9  | 9  | 10 | 9  | 10 | 10 | 9,571429 | 0,53452 |

|   |    |    |    |    |    |    |    |          |         |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----------|---------|
| 7.3.Desenvolver ações de educação, informação e comunicação social para promover condições, estilos de vida, condutas e ambientes saudáveis   | 10 | 10 | 9  | 10 | 10 | 10 | 10 | 9,857143 | 0,37796 |
| 7.4.Integrar-se às ações de resposta oportuna às situações de emergência em saúde pública e em caráter complementar na investigação das doenças de notificação compulsória .                          | 10 | 8  | 8  | 9  | 9  | 8  | 10 | 8,857143 | 0,89974 |
| 7.5.Coordenar no âmbito do Estado o desenvolvimento de ações para o controle de doenças transmitidas por vetores e riscos à exposição de substâncias tóxicas e condições ambientais nocivas à saúde   | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0        | 0       |
| 7.6.Apoiar a implantação da vigilância à saúde do trabalhador e das doenças e agravos não transmissíveis no âmbito do Estado  | 8  | 8  | 9  | 7  | 8  | 8  | 10 | 8,285714 | 0,95119 |
| 7.7.Coordenar ações de vigilância sanitária relacionadas a estabelecimento de padrões e controle sobre produtos e serviços  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0        | 0       |
| 7.8.Apoiar o desenvolvimento de programas e ações de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador capazes de identificar precocemente doenças e agravos de risco à saúde | 10 | 10 | 9  | 7  | 8  | 8  | 10 | 8,857143 | 1,21499 |
| 7.9.Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de alimentação e nutrição e de saúde do trabalhador                       | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0        | 0       |
| 7.10.Definir normas e executar ações de vigilância sanitária  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0        | 0       |
| <b>8.GESTÃO E GERÊNCIA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE</b>   |    |    |    |    |    |    |    |          |         |
| 8.1. Gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa   | 10 | 8  | 10 | 7  | 8  | 10 | 10 | 9        | 1,29099 |
| 8.2. Executar ações administrativas para garantir a infra-estrutura própria   | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0        | 0       |

Fonte: SÓTER (2009) modificado

AZUL- funções com redação alterada

VERMELHO- funções excluídas

VERDE- função submetida à mudança de eixo (do eixo 5 para o eixo1)