



SAÚDE na cidade

10 propostas para melhorar a saúde dos brasileiros.

Uma agenda feita para gestões saudáveis e responsáveis em municípios, com passo a passo prático para lideranças e profissionais de secretarias de saúde.

Quem faz a Agenda Saúde na Cidade acontecer

AUTORES

Foram produtores do conteúdo desta Agenda:

Helyn Thami
Arthur Aguillar
Miguel Lago
Maria Leticia Machado
Daniela Krausz
Flavio Alcoforado
Allan Gomes de Lorena
Julia de Campos
Gabriela Lotta
Adriano Massuda

COLABORADORES

Colaboraram para o aprimoramento dos conteúdos aqui apresentados:

Armínio Fraga
Rudi Rocha
Beatriz Rache
Leticia Nunes
Marina Martins
Matías Mrejen
Maíra Coube Salmen
Marcela Camargo
Fernando Falbel
Luiz Santini
Ana Paula Pellegrino
Isabel Opice
João Abreu
Luiza Dickie Amorim
Pedro do Carmo
Baumgratz de Paula

Hannah Machado
Evelyn Kowalczyk
Thais Junqueira
Guilherme Werneck

REVISÃO E EDIÇÃO DE CONTEÚDO

Clarissa Poty
Helena Ciorra

IDENTIDADE VISUAL E DIAGRAMAÇÃO

Ana Carolina Fernandes

A Agenda Saúde na Cidade foi e é uma construção coletiva. Agradecemos aos inúmeros gestores públicos, usuários, profissionais da ponta, acadêmicos, pesquisadores e especialistas que foram consultados para a construção das diretrizes gerais deste documento.

Agradecemos, ainda, às organizações parceiras que tanto contribuíram para enriquecer o conteúdo e a potência desta Agenda: Vital Strategies e Associação Samaritano.

Lista de acrônimos

- AB** - Atenção Básica
- ACS** - Agente Comunitário de Saúde
- AE** - Atenção Especializada
- AP** - Área Programática
- APS** - Atenção Primária à Saúde
- BPS** - Banco de Preços em Saúde
- CLT** - Consolidação das Leis Trabalhistas
- CMD** - Conjunto mínimo de dados
- Covid-19** - Doença causada pelo novo Coronavírus (Sars-CoV-2)
- DATASUS** - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil.
- DCNT** - Doenças crônicas não-transmissíveis
- EP** - Educação Permanente
- HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana
- LNT** - Levantamento de Necessidade de Treinamento
- LOA** - Lei Orçamentária Anual
- MS** - Ministério da Saúde
- NASF- AB** - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
- NIRs** - Núcleos Internos de Regulação
- OCDE** - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
- OS** - Organização Social
- PSE** - Programa Saúde na Escola
- REMUME** - Relação Municipal de Medicamentos
- SIAB** - Sistema de Informação da Atenção Básica
- SISPACTO** - Sistema de pactuação de Indicadores
- SISVAN** - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
- SMS** - Secretaria Municipal de Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- UBS** - Unidade Básica de Saúde
- UDR** - Unidade Descentralizada de Reabilitação
- UPAs** - Unidades de Pronto-Atendimento

apresentação

**“Nenhum vento sopra a favor
de quem não sabe pra onde ir.”**
–Sêneca

A Agenda Saúde na Cidade tem como alvo os gestores da saúde municipal que iniciarão seus mandatos a partir de 2021, além de todos aqueles que contribuem para o desenho e implementação de políticas de saúde no nível das cidades. Buscamos com este documento a definição de um norte (ou seria melhor dizer um Sul?) programático para o sistema, a partir da perspectiva municipal. Acreditamos que uma agenda efetiva de políticas de saúde possui três condições necessárias: esta deve ser i) tecnicamente correta; ii) administrativamente factível e iii) politicamente viável. Aqui, descrevemos como construímos estas propostas.

Construímos uma Agenda tecnicamente correta através de um processo profundamente ancorado nos problemas de saúde municipais, sob a perspectiva dos gestores da Atenção Básica. Os problemas aqui tratados foram definidos por aqueles que os enfrentam todos os dias: secretários e secretárias de saúde, profissionais da ponta e gestores e gestoras de equipamentos nos ajudaram a demarcar os principais desafios de suas rotinas. Para tal, utilizamos uma matriz de três dimensões: os desafios do perfil de mortalidade, os desafios de gestão e os desafios apontados pela crise sanitária da COVID-19. No processo de construção de propostas, fizemos uso de toda a evidência científica disponível, em conjunção com o olhar treinado dos gestores que implementam soluções todos os dias. Acreditamos que não há melhor forma de filtrar a evidência que este olhar do gestor, tão imerso no conhecimento tácito de quem opera o sistema.

É importante notar que, se fizemos um amplo esforço para mapear a evidência disponível, também sabemos que a saúde é, por definição um problema complexo, cujo aprimoramento do sistema é fundamentalmente uma longa viagem de descoberta, para a qual não há solução simples nem tecnologia conhecida. Não há resposta fácil.

Como dissemos acima, a **Agenda Saúde na Cidade** é administrativamente factível. Partimos do pressuposto que os desafios da saúde municipal são também os desafios de expansão da capacidade de implementação das secretarias municipais de saúde. O desenho tripartite impõe ao município um desafio hercúleo. Se não podemos fazer nada sobre o escopo e o tamanho do desafio, precisamos construir estratégias que partam da realidade do município, onde os recursos são escassos e a roda é trocada enquanto o carro está andando. Onde faltam profissionais, conhecimentos e processos que respondam a tantos desafios. Para responder a essa realidade, todas as propostas da Agenda trazem também passos práticos para sua implementação. Se bem sucedida, a adoção das propostas desta agenda deve ajudar o município a organizar os recursos disponíveis, operar próximo à fronteira de eficiência e elevar sua capacidade de responder a desafios cada vez mais ambiciosos.

Por fim, tomamos o cuidado de construir uma Agenda politicamente viável. O processo de definição das políticas de saúde envolve diversos atores com múltiplos incentivos e interesses. Não adianta propor nada que não possua uma boa resposta para a navegação desta intrincada economia política. Buscamos propostas que fossem em grande medida consensuais. Se sua implementação possui desafios políticos - como, aliás, ocorre com toda política pública - buscamos uma Agenda que foque nos problemas práticos do município. Afinal, a redução da mortalidade infantil, a melhora no manejo das doenças crônicas e o aumento da expectativa de vida de todos não são problemas da esquerda ou da direita, mas respondem a um conjunto de aspirações comuns a todos os brasileiros.

Esperamos que esta Agenda te ajude na gestão da saúde municipal durante a gestão que se inicia em 2021. A cadeira de secretária da saúde, mesmo que imersa em afazeres e reuniões, é um lugar bastante solitário. Que este material seja um companheiro útil na busca pela melhora da saúde de todos os brasileiros e brasileiras.

Os autores
da Agenda Saúde na Cidade

sumário executivo

Saúde na Cidade é uma Agenda de propostas concretas para a Atenção Básica durante o período 2021-2024. Buscamos, assim, construir um norte programático para o sistema de saúde, servindo como âncora aos esforços dos gestores que desejam fazer valer o artigo da constituição federal, que afirma que a saúde “é um direito de todos e um dever do estado”. Esta Agenda foi escrita em muitas mãos: organizações da sociedade civil, especialistas, profissionais da ponta, acadêmicos e gestores construíram juntos este documento que se pretende um guia que ajude a gestão exercer seu potencial máximo na melhora da vida de todas e todos. Uma agenda que reconhece que o tecnicamente correto é necessário mas não suficiente: que as dores da gestão estão também nos desafios políticos e administrativos que os profissionais da saúde vivem todos os dias.

Para fazer uma agenda que seja realmente útil para a gestão, decidimos começar pelos problemas dos sistemas de saúde, sob três óticas, a saúde dos brasileiros, os desafios da gestão e implementação das políticas de saúde e as falhas do sistema durante a resposta à crise da Covid-19.

Em resumo, identificamos que:

- O Brasil conta com uma carga de doenças heterogênea, possuindo simultaneamente localidades com grande mortalidade por doenças infecciosas, crônicas e por causas externas;
- No Brasil, a atenção básica é pouco resolutiva, resultando no agravamento dos problemas de saúde da população e numa série de óbitos e doenças que poderiam ser prevenidos. A regulação ineficiente dos fluxos assistenciais causa filas que restringem o acesso ao sistema. Além disso, os municípios brasileiros enfrentam amplas desigualdades regionais na quantidade e na qualidade (medida por um imenso gradiente de eficiência) da força de trabalho na saúde;

- O combate à crise da Covid-19 nos mostrou diversas vulnerabilidades do sistema de saúde. Em particular, os municípios não conseguiram simultaneamente responder à crise e manter as atividades de rotina da atenção básica, não contavam com capacidade epidemiológica para construir uma resposta efetiva e inteligente, falharam na comunicação com a população para garantir a adesão às estratégias de isolamento social e mudança de hábitos e não foram capazes de rastrear casos e contactantes;

NOS PERGUNTAMOS, ASSIM, QUAIS SERIAM OS ELEMENTOS DE UMA AGENDA ÚTIL PARA A GESTÃO?

Primeiro, desenhamos propostas claras que possam guiar as prioridades da gestão. Segundo, desdobramos as propostas em ações específicas, para que o gestor saiba exatamente o que fazer. Terceiro, com o objetivo de apoiar a árdua tarefa da implementação, buscamos mapear o que o gestor deve fazer para colocar este conjunto de ações em prática. Quarto, inserimos em cada ação um resumo dos desafios políticos e administrativos que a gestão irá encontrar durante todo o processo. Quinto, apresentamos sempre estudos de caso de diferentes lugares no Brasil, de experiências bem sucedidas de implementação a nível local. Por fim, resumindo em um quadro de teoria da mudança todos os mecanismos e a lógica que está por trás de cada proposta.

A partir de nosso diagnóstico, desenhamos um conjunto de 10 propostas para a gestão municipal da saúde no quadriênio 2021-2024. Os problemas e soluções da saúde pública estão ligados de forma complexa: não há, assim, uma bala de prata ou uma proposta categoricamente mais efetiva ou necessária que as outras. A priorização das propostas deve, assim, levar em conta em quais destas áreas o município apresenta mais vulnerabilidades, buscando assim um equilíbrio de competências.

AS 10 PROPOSTAS DA AGENDA SAÚDE NA CIDADE SÃO:

1. TORNAR A ATENÇÃO BÁSICA MAIS RESOLUTIVA: uma atenção básica resolutive é capaz de tratar até 80% dos problemas de saúde da população. Ganha o sistema, que consegue atuar com maior eficiência, e ganha a população, com a redução do agravamento de doenças crônicas e outras condições;

2. MELHORAR A REGULAÇÃO EM SAÚDE PARA ACABAR COM AS FILAS: as longas filas são o principal determinante de insatisfação dos usuários do SUS, e podem ser resolvidas com um conjunto de práticas de gestão e melhora de processos, ampliando o acesso à saúde e o bem estar da população;

3. AUMENTAR A COBERTURA DE ATENÇÃO BÁSICA: a evidência nos mostra que o Programa Saúde da Família funciona. Aumentar a cobertura da política é fundamental para garantir o acesso ao sistema em componentes estruturantes, como a saúde materna e infantil e o manejo das doenças crônicas;

4. REALIZAR CONTRATAÇÕES DE INSUMOS E PRESTADORES ORIENTADAS A RESULTADOS EM SAÚDE: desenhar modelos contratuais ancorados na saúde da população e construir capacidade regulatória para contratualizar permite aos municípios fazer mais com menos;

5. ORGANIZAR CARTEIRAS DE SERVIÇOS, MEDICAMENTOS E PRÁTICAS NA ATENÇÃO BÁSICA: estabelecer os serviços, medicamentos e práticas disponíveis no município alinha as expectativas da população sobre o sistema e equaliza a qualidade da assistência. O aumento do escopo de práticas da enfermagem amplia a produção de serviços de saúde;

6. TREINAR, CAPACITAR E MOTIVAR A FORÇA DE TRABALHO DA SAÚDE: melhorar as práticas durante todo o ciclo da vida dos profissionais de saúde permite o aumento da produtividade do sistema;


7. CONSTRUIR UMA ESTRATÉGIA DE MONITORAMENTO EFETIVA: construir um conjunto mínimo de bases de dados com identificador único de usuário, melhorando a coleta, análise e tomada de decisão baseada em evidências, possibilitando uma cultura de aprendizagem da ponta à alta gestão;


8. CRIAR CAPACIDADE EPIDEMIOLÓGICA PARA O ENFRENTAMENTO DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORBIDADE: a construção de capacidade epidemiológica reduz a transmissão de doenças infecciosas e garante que as políticas de assistência e a promoção estão ancoradas nos principais desafios de saúde da população

9. GARANTIR EQUIDADE NO ACESSO AO DIREITO À SAÚDE E COCRIAR O SISTEMA COM O USUÁRIO: sendo o usuário do SUS seu mais importante avaliador, é preciso levar em conta sua perspectiva no diagnóstico de problemas e desenho de soluções para o sistema;

10. INSTITUIR POLÍTICA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE: é preciso tratar a saúde e não a doença. A ênfase em medidas de promoção de saúde garante uma população mais saudável, com menos incidência de fatores de risco, e assim de todos os itens da carga de doenças.

índice


 como ler este guia	10
---	-----------

 diagnóstico	11
--	-----------

Carga de doenças dos municípios brasileiros	13
--	-----------

Desafios da gestão de sistemas de saúde	16
--	-----------

Resiliência a pandemias e outras emergências sanitárias	20
--	-----------

 propostas	22
--	-----------

PROPOSTA 01 - Tornar a Atenção Básica mais resolutiva	23
--	-----------

PROPOSTA 02 - Melhorar a Regulação em Saúde para acabar com as filas	32
---	-----------

PROPOSTA 03 - Aumentar a cobertura de Atenção Básica	43
---	-----------

PROPOSTA 04 - Realizar contratações de insumos e prestadores orientadas a resultados em saúde	50
--	-----------

PROPOSTA 05 - Organizar carteiras de serviços, medicamentos e práticas dos profissionais de saúde	60
--	-----------


PROPOSTA 06 - Treinar, capacitar e motivar a força de trabalho da saúde	67
--	-----------

PROPOSTA 07 - Construir estratégia de monitoramento viabilizando responsabilização e aprendizagem a nível de sistema	75
---	-----------

PROPOSTA 08 - Criar capacidade epidemiológica para o enfrentamento das principais causas de morbidade	82
--	-----------

PROPOSTA 09 - Garantir equidade no acesso ao direito à saúde e cocriar o sistema com o usuário	89
---	-----------

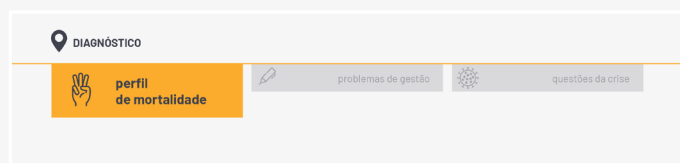
PROPOSTA 10 - Instituir política de Promoção de Saúde	97
--	-----------

 referências	106
--	------------

como ler este guia

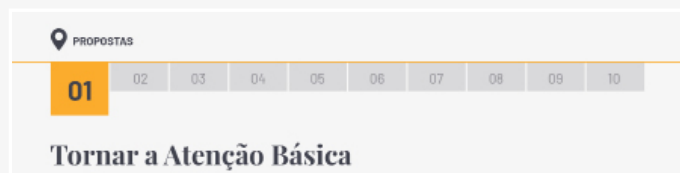
DIAGNÓSTICO

Uma análise dos desafios da saúde pública no Brasil em três dimensões:



PROPOSTAS

São 10 propostas factíveis para melhorar a saúde nos municípios brasileiros



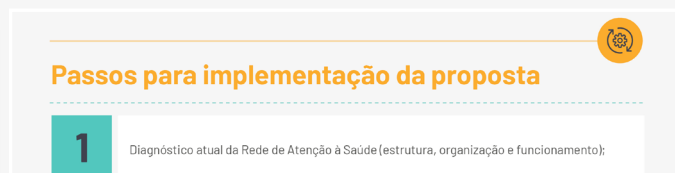
Descritivo de ações e indicadores para acompanhar a implementação

AÇÕES	
✓ Definir a população sob responsabilidade de cada Unidade	(NIG)
✓ Organizar o acesso presencial nas Unidades Básicas	(NIG)
✓ Implementar formas alternativas de acesso à Atenção Básica	(NIG)
✓ Garantir equipamentos (e profissionais) para efetivar a carteira de serviços	(IG)
✓ Implementar apoio técnico-assistencial às equipes	(NIG)
✓ Garantir a implementação efetiva de protocolos clínicos na Atenção Básica	(NIG)
✓ Efetivar linhas de cuidado, coordenadas pela Atenção Básica	(NIG)

Descritivo de ações e indicadores para acompanhar a implementação

QUAIS PROBLEMAS A PROPOSTA RESOLVE?	
✓ Desigualdade de acesso à Atenção Básica nos territórios	
✓ Fluxos e condutas de cuidado heterogêneos	
✓ Baixa oferta de serviços que têm alta demanda e geram encaminhamentos potencialmente evitáveis	
✓ Incompatibilidade do atual escopo de ações e resolutividade da Atenção Básica com a dimensão de sua responsabilidade sanitária (como definido na PNAB)	
✓ Tendência de aumento na Mortalidade Infantil e mortalidade materna e por doenças crônicas na população acima de 40-50 anos	

Um guia com o passo a passo para implementação



Alerta para os desafios políticos administrativos que podem surgir no processo

Desafios políticos e administrativos

O município tem responsabilidade prevista em Constituição na execução da política de saúde e, ao mesmo tempo, a gestão municipal se depara com o estrangulamento fiscal e o subfinanciamento da saúde, o que gera um grau elevado de insegurança administrativa para a realização de seu trabalho, sobretudo na relação com órgãos de controle.

Ademais, o engajamento das equipes de ponta e da média gestão pode ser desafiador, uma vez que existe uma consolidação/enraizamento de algumas práticas, o que é um fator importante para definir resistência às inovações e às mudanças de processo de trabalho. Não menos importante, há a polarização política dentro dos espaços de gestão. Isso reforça o quanto é importante estabelecer espaços de diálogo e

Exemplo de implementação na prática e resultados alcançados

AÇÃO	MECANISMO/PRODUTO	RESULTADO	IMPACTO
<ul style="list-style-type: none"> Definir a população sob responsabilidade de cada Unidade Organizar o acesso presencial nas Unidades Básicas Implementar formas alternativas de acesso à AB 	<ul style="list-style-type: none"> Criam-se novos meios de utilização e acesso à Atenção Básica e organizam-se os mecanismos de porte de entrada na rede 	<ul style="list-style-type: none"> Mais usuários acessam a Atenção Básica Maior isonomia na efetivação desse acesso Eliminação de filas nas UBS 	<ul style="list-style-type: none"> Tornar a UBS facilmente acessível para a população Redução de desigualdades no acesso aos serviços de saúde Redução do risco de agudização de doenças Redução de mortalidade evitável

diagnóstico





diagnóstico

Os desafios da saúde municipal no Brasil podem ser organizados de diferentes formas. Neste documento, escolhemos estruturar nossa análise em três dimensões:



PERFIL DE MORTALIDADE DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS:

um exame da política de saúde em torno das principais causas de morbidade e mortalidade da população brasileira;



DESAFIOS DA GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE:

um esforço para entender as principais vulnerabilidades do sistema no nível da gestão, com o objetivo de construir capacidade para o enfrentamento dos desafios da saúde pública no Brasil;



RESILIÊNCIA A PANDEMIAS E OUTRAS EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS:

uma análise dos méritos e fracassos no enfrentamento da COVID-19 pela gestão municipal. A pandemia da COVID-19, maior emergência sanitária da história do Brasil, nos mostrou a necessidade de ter um sistema resiliente e preparado para enfrentar crises.

Para estruturar esse diagnóstico, realizamos um amplo processo de pesquisa, mapeando a literatura disponível e realizando entrevistas com informantes chave, além da condução de grupos focais com secretários municipais de saúde.

Esperamos que esta análise possibilite uma visão mais holística e integral dos desafios do SUS no nível municipal.

DESAFIOS DA SAÚDE MUNICIPAL

- O Brasil possui, simultaneamente, altos níveis de mortalidade de doenças infecciosas, não comunicáveis e causas externas;
- No Brasil, a atenção básica é pouco resolutiva, resultando no agravamento dos problemas de saúde da população e numa série de óbitos e doenças que poderiam ser prevenidos.
- A pandemia deflagrou a necessidade de construção de capacidade epidemiológica, de resposta rápida nos processos de compras e contratualizações e na capacidade de mobilização da atenção básica nos processos de testagem e rastreamento de contatos.



Todos ao mesmo tempo: o desafio da tripla carga de doenças



75,2

anos
é a expectativa
de vida
dos brasileiros



Entre 1991 e 2007,
a quantidade de
óbitos infantis
devido a doenças
respiratórias caiu

80%



Os índices de
mortes no trânsito
no Brasil subiram
para **22,6 mortes**
por 100 mil
habitantes em 2015

A expectativa de vida dos brasileiros é de cerca de 75,2 anos¹, índice baixo, se comparado aos países da OCDE, mas acima da média de países de renda similar. **Morremos simultaneamente de todas as causas possíveis: o Brasil caracterizado pela chamada tripla carga de doenças, possuindo ao mesmo tempo índices altos de doenças infecciosas, não-comunicáveis e causas externas.**

AS ESPECIFICIDADES DO BRASIL

Rache, Nunes & Rocha² mostram que embora exista uma transição epidemiológica em andamento, com uma diminuição grande da mortalidade por doenças infecciosas e aumento da mortalidade por doenças crônicas, o caso brasileiro possui suas especificidades.

Primeiro, a mortalidade por causas externas, causada sobretudo por acidentes de trânsito e homicídios, está acima da média dos países da OCDE e da África Subsaariana, e segue aumentando. Segundo, os municípios brasileiros são bastante heterogêneos: enquanto algumas cidades, sobretudo do Norte e Nordeste do país, possuem um perfil epidemiológico caracterizados pelas doenças infecciosas, outros se encontram do outro lado da transição epidemiológica, com uma carga de doenças similar aos países da União Europeia.

Por fim, essas heterogeneidades na carga de doenças tendem a ser maiores em municípios mais pobres e com uma população mais jovem.

¹Castro, M.C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N.A., Andrade, M.V., de Souza Noronha, K.V.M., Rocha, R., Macinko, J., Hone, T., Tasca, R. and Giovanella, L., 2019.

²Rache, Nunes & Rocha (2020)



perfil de mortalidade



problemas de gestão



questões da crise

UM CONTO
DE
3
CIDADES

A heterogeneidade do perfil de mortalidade dos municípios brasileiros nos mostra como diferentes municípios possuem desafios de saúde pública distintos. Em 2017, 80% das mortes em Mococa (SP) foram causadas por doenças crônicas (66 por 10 mil habitantes). Embora o município de Santa Cruz de Purus (AC) tenha tido uma quantidade substancialmente menor que Mococa de óbitos causados por doenças crônicas, (30% das mortes, 11,23 por 10 mil habitantes), a prevalência de doenças infecciosas é ordens de magnitude maior (52% das mortes foram por doenças infecciosas, ou 19,26 por 10 mil habitantes) que o município paulista, que possui apenas 2,2 óbitos por 10 mil habitantes atribuídos às doenças infecciosas. Já Ceará Mirim (RN), possui um perfil epidemiológico totalmente diferente desses dois municípios, como um índice de óbitos por causas externas (21,25 por 10 mil habitantes) 230% maior que Santa Cruz de Purus (AC) (6,42) e 580% maior que Mococa (3,18)³.

O QUE DETERMINA A CARGA DE DOENÇAS BRASILEIRA?

DOENÇAS INFECCIOSAS

A redução drástica na carga de doenças infecciosas deveu-se, de um lado, a uma série de tendências e políticas que transcendem o escopo das políticas de saúde: aumento dos índices de urbanização, a melhora das condições socioeconômicas e a implementação de uma rede mais robusta de proteção social. Diversas políticas de saúde foram fundamentais para a redução observada. No entanto, restam desafios; em particular as arboviroses: doenças como dengue, Chikungunya e Zika se mantêm em níveis bastante altos.

Redução na carga de doenças infecciosas no Brasil

- Entre 1991 e 2007, a quantidade de óbitos infantis devido a doenças respiratórias caiu 80%⁴.
- A política de imunizações fez com que enfermidades como pólio, sujeitas à vacinação, diminuíssem drasticamente.
- Também houve redução nas mortes provocadas por diarreia, cólera, doença de chagas e HIV⁵.

³ <http://www.healthdata.org/brazil?language=129> ⁴ Victora, C. G. et al. (2011). ⁵ Barreto, M. L. et al. (2011).



perfil de mortalidade



problemas de gestão



questões da crise

DOENÇAS NÃO-COMUNICÁVEIS

Em 2007, 72% dos óbitos brasileiros ocorreram em função de doenças não-comunicáveis⁵. Embora este seja o principal componente da carga de doenças brasileira, houve uma diminuição das taxas de mortalidade ajustadas por idade. Em particular, entre 1996 e 2007, houve uma grande diminuição dos óbitos por doenças cardiovasculares e respiratórias, sobretudo devido à drástica redução do tabagismo e à ampliação da atenção primária. Entretanto, o Brasil enfrenta grandes desafios nos principais fatores de risco das doenças crônicas, com um aumento nas taxas de sobrepeso e obesidade (de 36% entre homens em 1990, para 56,8% em 2015⁶).

CAUSAS EXTERNAS

O último item da carga de doenças, as causas externas, é uma especificidade latino-americana e brasileira, com poucos países no resto do mundo com índices tão altos. Os índices de mortes no trânsito no Brasil subiram de 15,9 em 2000 para 22,6 mortes por 100 mil habitantes em 2015⁷. Já os índices de homicídios, subiram de 27,35 em 2000 para 31,59 mortes por mil habitantes em 2017⁸.

As mortes por causas externas incidem de maneira heterogênea sobre a população: os homicídios estão em geral concentrados em homens (92%), pardos e negros (50,7%) e jovens (40,3% entre 20 e 29 anos).

O QUE CAUSA A MAIORIA DAS MORTES?

Ranking em 2007	Ranking em 2017	variação % 2007 - 2017
Doença isquêmica do coração 1	1 Doença isquêmica do coração	22,3 %
Doença cerebrovascular 2	2 Doença cerebrovascular	17,5 %
Infec. resp. inferiores 3	3 Infec. resp. inferiores	44,2 %
Violência interpessoal 4	4 Violência interpessoal	55,5 %
DPOC 5	5 DPOC	23,8 %
Alzheimer 6	6 Alzheimer	10,8 %
Acidente de trânsito 7	7 Acidente de trânsito	37,8 %
Diabetes 8	8 Diabetes	2,5 %
Transt. neonatais 9	9 Transt. neonatais	24,6 %
Cirrose 10	10 Cirrose	44,1 %
Doença renal crônica 12	14 Doença renal crônica	-43,4 %

⁵ Schmidt, M. I. et al. (2011). ⁶ Castro, M. C. et al. (2019). ⁷ Ibid. ⁸ Cerqueira, D. et al. (2019).

Gráficos produzidos pelo IEPS através dos dados do Sistema de Informações de Mortalidade, 2017



Administramos mal recursos já escassos: os desafios da gestão municipal da saúde



Ao menos

40%

das internações nas regiões norte e nordeste derivam de condições sensíveis à atenção básica



A produtividade da força de trabalho da saúde nos municípios brasileiros é bastante heterogênea, variando entre

12% e 100% de sua produtividade potencial.

A resolutividade da atenção básica continua sendo um desafio para a maioria dos municípios brasileiros. O sistema também sofre com déficits de profissionais e baixa produtividade dos recursos humanos da saúde. Falta uma rotina constante de diagnóstico e planejamento, com melhor uso de dados, e uma gestão mais eficiente dos contratos. As políticas de saúde sofrem ainda com baixa intersetorialidade entre secretarias e pouca integração entre níveis federativos.

Nosso diagnóstico aponta de forma mais detalhada como esses desafios se apresentam para a gestão municipal.

FALTA RESOLUTIVIDADE À ATENÇÃO BÁSICA

Na maior parte dos municípios brasileiros, a atenção primária à saúde é pouco resolutiva. **Se nas últimas décadas avançamos em termos de cobertura (64% em 2016), a resolutividade da atenção básica continua sendo um desafio para a maioria dos municípios brasileiros⁹.** Nas regiões Norte e Nordeste, por exemplo, cerca de 40% das internações são de condições sensíveis à atenção básica. Essa falta de resolutividade causa problemas para o sistema e para a saúde da população, como maior agudização dos quadros de doenças crônicas e sobrecarga dos níveis de média e alta complexidade, tornando o sistema mais caro e menos eficiente.

Existem diversas razões para os baixos níveis de resolutividade:

1. Ausência de padronização nos fluxos de acolhimento, atendimento e protocolos influencia de maneira determinante a qualidade do cuidado.
2. Mesmo quando protocolos existem, há baixa aderência a estes por parte das equipes que trabalham na APS.
3. Há uma grande assimetria entre o fluxo do cuidado de cada nível de atenção e o usuário do SUS.

⁹ <http://idsus.saude.gov.br/ficha19s.html>



perfil de mortalidade



**problemas
de gestão**



questões da crise

DÉFICIT DE PROFISSIONAIS E BAIXA PRODUTIVIDADE DOS RECURSOS HUMANOS

Para além dos desafios de resolutividade, o sistema conta com déficits de profissionais e baixa produtividade dos recursos humanos da saúde. Se o Brasil apresenta uma média razoável de profissionais de saúde por mil habitantes (2,18 médicos, semelhante a Coreia do Sul, México e Japão), este número cai substancialmente no Nordeste (1,41) e nas cidades de até 5 mil habitantes (0,3)¹⁰.

Para além da ausência de profissionais, a produtividade da força de trabalho da saúde nos municípios brasileiros é bastante heterogênea, variando entre 12% e 100% de sua produtividade potencial¹¹.

O amplo gradiente de produtividade é explicado por diversas razões:

1. Do lado do desenvolvimento profissional, os programas de formação permanente são incipientes, enquanto a formação inicial está desalinhada às necessidades da atenção básica.
2. Há problemas no escopo de atividades de cada categoria profissional, pouco definido para os Agentes Comunitários de Saúde, e restrito para os profissionais da enfermagem, que poderiam ter mais protagonismo no sistema.
3. Há ainda fatores que estão diretamente no controle dos municípios, como os modelos de remuneração, a sobreposição de funções gerenciais e de assistência e a alta rotatividade dos profissionais da saúde.

Se o Brasil apresenta uma média razoável de profissionais de saúde por mil habitantes (2,18 médicos, semelhante a Coreia do Sul, México e Japão), este número cai substancialmente no Nordeste (1,41) e nas cidades de até 5 mil habitantes (0,3).

¹⁰ Scheffer, M., 2018. Demografia médica no Brasil 2018. ¹¹ Sousa, A., Tandon, A., Dal Poz, M.R., Prasad, A. and Evans, D.B., (2006).



perfil de mortalidade


**problemas
de gestão**


questões da crise

AUSÊNCIA DE ROTINA CONSTANTE DE DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO

No nível da alta gestão e na ponta, há o desafio de criar uma rotina constante de diagnóstico e planejamento. Os problemas de saúde são por natureza complexo e mutáveis. O problema começa na disponibilidade e integração das informações. **Os processos de coleta de dados são heterogêneos e pouco confiáveis.** A coleta de dados compete com as atividades assistenciais, e as informações não retornam à ponta para apoiar o trabalho do dia a dia. Mesmo as informações disponíveis, são subutilizadas, seja pela falta de competências de processamento e análise de dados, seja por uma cultura organizacional que não baseia os processos de planejamento nos dados disponíveis. Esta dimensão de cultura burocrática, por sua vez, também esconde um gargalo de capacitação: **via de regra, os administradores da saúde, tanto na alta gestão como na ponta não possuem treinamento em monitoramento e avaliação e acompanhamento de projetos.** Por fim, os espaços de participação, que deveriam gerar incentivos para o desempenho através do controle social, são muitas vezes subutilizados e sujeitos à captura política.

INEFICIÊNCIA NA GESTÃO DE CONTRATOS

Secretarias de saúde executam, seja diretamente prestando serviços seja por meio da contratualização de provedores, uma parte importante do orçamento municipal. Nesse sentido, realizar uma gestão eficiente de inúmeros contratos é condição necessária para um bom uso dos recursos alocados na área.

As secretarias de saúde enfrentam uma gama de desafios na gestão de contratos:

1. Os setores de compras são pouco transparentes, sujeitos à captura por fornecedores e há pouca concorrência.
2. Os quadros municipais não têm qualificação específica para lidar com contratualizações (não se desenvolveu a capacidade reguladora dessa burocracia).
3. Indicadores e metas, quando presentes, não são aplicados para a gestão efetiva desses contratos.
4. Os processos de compras sofrem com a ausência de uma definição clara nas carteiras de medicamentos e serviços assistenciais oferecidos pelos municípios.



perfil de mortalidade


**problemas
de gestão**


questões da crise

BAIXA INTERSETORIALIDADE E INTEGRAÇÃO ENTRE NÍVEIS FEDERATIVOS

A **baixa intersectorialidade (entre secretarias) e integração entre níveis federativos e de atenção na elaboração e implementação de política de saúde em nível local pioram a qualidade do serviço**. A governança do sistema de saúde é particularmente complexa: agentes de diferentes pastas programáticas e níveis de governo precisam funcionar em coordenação e sintonia. Os processos de referência e contrarreferência ocorrem em nível regional e entre estados e municípios. O mundo social que determina resultados de saúde é objeto simultâneo - entre outras - da saúde, da assistência social e da educação. Quando estas pastas não agem conjuntamente, os resultados de saúde da população tornam-se algo parecido com uma orquestra onde os músicos tocam partituras diferentes.

No nível da alta gestão e na ponta,
há o desafio de criar uma rotina
constante de diagnóstico
e planejamento baseado
nos dados da rede

DIFICULDADES DE ACESSO DOS USUÁRIOS

Por fim, sob a ótica do usuário, os desafios são inúmeros. O sistema sofre de enormes filas para exames diagnósticos e procedimentos que estão fora do escopo da atenção primária, o sistema não está pronto para realizar o manejo de doenças crônicas, falta humanização no atendimento e existem barreiras de acesso geradas por preconceitos e estigmas contra algumas populações específicas. O controle e participação social, possíveis canais para a melhora de qualidade muitas vezes não são ocupados, e quando existem, ficam presos em dinâmicas políticas locais.



Resiliência a pandemias e outras emergências sanitárias



A pandemia da COVID-19 testou a resiliência dos sistemas de saúde municipais e deu visibilidade para os principais desafios dos sistemas no manejo de crises.



66%

da força de trabalho da saúde no Brasil apresentava fatores de risco

A maioria dos municípios brasileiros não tiveram acesso a um epidemiologista que pudesse apoiar a estratégia local de combate a Covid.

A pandemia da COVID-19 testou a resiliência dos sistemas de saúde municipais e deu visibilidade para os principais desafios dos sistemas no manejo de crises. Do lado da assistência, as secretarias tiveram dificuldades em criar um fluxo assistencial eficiente na atenção básica para responder a esta contingência. Para além disso, a rede de muitos municípios ficou sobrecarregada, e serviços essenciais como as consultas pré-natais e as consultas de manejo das doenças crônicas foram interrompidos, potencialmente causando um aumento na mortalidade materna e infantil e na agudização de doenças crônicas. Um legado no nível assistencial foi a pronta regulamentação da tele-triagem e da telemedicina, ferramentas que no longo prazo aumentarão o acesso à atenção básica.

O OBSTÁCULO DA ESCASSEZ DE RECURSOS

A resposta da atenção básica à pandemia da Covid-19 foi dificultada pela escassez de recursos disponíveis e pelos desafios organizacionais que dão morosidade aos processos de compras e aquisições. Do lado dos recursos humanos, **uma força de trabalho envelhecida e com alta prevalência de fatores de risco (37% entre os profissionais até 60 anos, e 66% para os profissionais acima dos 60 anos¹²) limitou a quantidade de profissionais que podiam atuar na linha de frente.** Do lado dos recursos físicos, a falta de equipamentos de proteção individual, de infraestrutura hospitalar como leitos de UTI e respiradores, e de testes e capacidade de processamento.

DIFICULDADES DE GOVERNANÇA E COMUNICAÇÃO

A resposta a crise também esbarrou em desafios de governança. Se a maioria dos municípios brasileiros criou gabinetes de crise, boa parte destes não se constituíram enquanto fóruns de tomada de decisão e liderança. Muitos gabinetes não tiveram uma cadeia de comando e controle clara, e terminaram sendo espaços onde os conflitos políticos se sobrepuseram aos desafios técnicos e sanitários.

¹² Fehn, A., Nunes, L., Aguillar, A., Dal Poz, M. (2020).



perfil de mortalidade



problemas de gestão

**questões
da crise**

As prefeituras também tiveram bastante dificuldade em se comunicar com a população e garantir o cumprimento das medidas de distanciamento social. uma crise dessas só pode ser enfrentada se a população mudar seus comportamentos. Muitas secretarias não conseguiram ganhar a confiança da população nem garantir sua aderência a ações importantes para o enfrentamento da pandemia. Faltou um olhar tático para como criar uma comunicação que leve em conta as idiossincrasias culturais de cada território.

Se a maioria dos municípios brasileiros criou gabinetes de crise, boa parte destes não se constituíram enquanto fóruns de tomada de decisão e liderança.

DIFICULDADES DE GOVERNANÇA E COMUNICAÇÃO

Os maiores desafios da crise estão na capacidade epidemiológica. A maioria dos municípios brasileiros não teve acesso a um epidemiologista que pudesse apoiar a estratégia local de combate a Covid. Tal fato gerou uma série de gargalos nas estratégias de testagem e rastreamento de casos e contatos no nível local. Os municípios também tiveram dificuldades na implementação de uma estratégia clara que baseasse as decisões políticas de abertura e fechamento de atividades no acompanhamento de métricas sanitárias.

propostas



Tornar a Atenção Básica mais resolutiva

A Atenção Básica deveria ser capaz de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde da população¹³. Mas esta não é a realidade brasileira hoje. Tornar a Atenção Básica mais resolutiva implica em garantir infraestrutura adequada para que o aumento da cobertura venha associado à melhoria da qualidade dos serviços, impactando positivamente, tanto na saúde da população e na redução de desigualdades, como no aumento da eficiência e satisfação dos usuários.

AÇÕES



- | | |
|--|-------|
| ✓ Definir a população sob responsabilidade de cada Unidade | (NIG) |
| ✓ Organizar o acesso presencial nas Unidades Básicas | (NIG) |
| ✓ Implementar formas alternativas de acesso à Atenção Básica | (NIG) |
| ✓ Garantir equipamentos (e profissionais) para efetivar a carteira de serviços | (IG) |
| ✓ Implementar apoio técnico-assistencial às equipes | (NIG) |
| ✓ Garantir a implementação efetiva de protocolos clínicos na Atenção Básica | (NIG) |
| ✓ Efetivar linhas de cuidado, coordenadas pela Atenção Básica | (NIG) |

QUAIS PROBLEMAS A PROPOSTA RESOLVE?



- ✓ Desigualdade de acesso à Atenção Básica nos territórios
- ✓ Fluxos e condutas de cuidado heterogêneos
- ✓ Baixa oferta de serviços que têm alta demanda e geram encaminhamentos potencialmente evitáveis
- ✓ Incompatibilidade do atual escopo de ações e resolutividade da Atenção Básica com a dimensão de sua responsabilidade sanitária (como definido na PNAB)
- ✓ Tendência de aumento na Mortalidade infantil e mortalidade materna e por doenças crônicas na população acima de 40-50 anos
- ✓ Desconhecimento da população sobre e sua equipe de referência e os serviços disponíveis no território

¹³ Organização Mundial da Saúde. Primary Health Care. Genebra, WHO, 1978



Ações na prática e seus indicadores



Definir a população sob responsabilidade de cada Unidade

Cada unidade deve ter a população sob sua responsabilidade sanitária bem definida em termos quantitativos e de suas necessidades em saúde. A partir disso, é possível reorganizar sua estrutura física, recursos humanos, agendas, processos de trabalho e portas de entrada. Hoje, no Brasil, essa definição é feita por territórios. Mas existem outras alternativas, como lista de pacientes por equipe, que podem ser implementadas para corresponsabilizar as equipes pelo cuidado de sua população, evitando que usuários usem serviços de emergência de modo desnecessário.

Ofertar consultas e procedimentos ou garantir encaminhamento para outros serviços (conforme gravidade de cada caso) no mesmo dia é **essencial para reduzir tempo de espera e eliminar filas na Atenção Básica.**



Organizar o acesso presencial nas Unidades Básicas

Garantir resolutividade de serviços de Atenção Básica passa por traçar estratégias, processos e metas para acolher e dar respostas às demandas de saúde que os usuários apresentam no primeiro contato com a UBS. Ofertar consultas e procedimentos ou garantir encaminhamento para outros serviços (conforme gravidade de cada caso) no mesmo dia é essencial para reduzir tempo de espera e eliminar filas na Atenção Básica.

INDICADOR: *proporção de unidades sem fila de espera para atendimento e que cumprem a meta de responder às demandas dos usuários no mesmo dia.*



Implementar formas alternativas de acesso à Atenção Básica

Implementar o agendamento de consultas de modo não presencial e incorporar consultas remotas via telessaúde (por telefone, vídeo, aplicativos, etc.) são formas de mitigar barreiras organizacionais e ampliar o acesso ao SUS. Os gestores municipais devem garantir que as Unidades tenham os equipamentos necessários para essa implementação.

INDICADOR: *proporção de UBS com ferramentas de agendamento remoto e consultas não-presenciais implantadas + padronização de acesso no município.*

A gestão municipal deve partir de um diagnóstico de necessidades e demandas em saúde para definir a carteira de serviços e implementar essa medida nas Unidades



Garantir equipamentos (e profissionais) para efetivar a carteira de serviços

Para ser mais resolutiva, a Atenção Básica deve dispor de equipamentos (e profissionais treinados) que permitam o correto atendimento da população sob sua responsabilidade sanitária sem a necessidade de encaminhá-los para outros níveis de atenção. Para isso, pode ser necessários incorporar tecnologias como eletrocardiogramas, esferômetro e materiais para suturas, voltadas para garantir a prestação do que está previsto na carteira de serviços. A alocação adequada de tecnologias de cuidado é fundamental para o aumento da resolutividade¹⁴. A gestão municipal deve partir de um diagnóstico de necessidades e demandas em saúde para definir a carteira de serviços e implementar essa medida nas Unidades.

INDICADOR: *proporção de UBS que dispõem de equipamentos e profissionais para executar a carteira de serviços em sua plenitude (vide proposta 7).*

¹⁴Tasca, R., Massuda, A., Carvalho, W. M., Buchweitz, C., & Harzheim, E. (2020).



Implementar apoio técnico-assistencial às equipes

A capacidade técnica das equipes de Atenção Básica pode ser ampliada com apoio técnico-assistencial de especialistas, agregando competência assistencial para o manejo de casos, e diminuindo encaminhamentos desnecessários. O apoio se vale de várias tecnologias de compartilhamento do cuidado, como discussões de caso, transferência de conhecimentos, consultas compartilhadas ou individuais, etc.

O apoio às equipes pode ser feito em diferentes formatos, como:

APOIO DIRETO: via NASF-AB - os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica são equipes multidisciplinares compostas por diferentes especialidades (médicos especialistas, educadores físicos, nutricionistas, fisioterapeutas, etc.). Os membros dessa equipe trabalham presencialmente em Unidades Básicas, lançando mão das diferentes tecnologias de compartilhamento de cuidado mencionadas acima.

APOIO REMOTO: via ferramentas de Telessaúde - A telessaúde é uma forma de colocar a AB em contato mais próximo com a Rede, prescindindo de deslocamentos e de reuniões presenciais. Os gestores deverão garantir infraestrutura e tempo na agenda para que os profissionais possam utilizar essas ferramentas.

APOIO EM REDE: via Redes de serviços nas comunidades/territórios - Conectar a AB aos serviços de Saúde Mental, Urgência e Emergência (ou outros que sejam importantes para a população adscrita) favorece a resolutividade. Os apoiadores institucionais são profissionais responsáveis por essa interlocução entre serviços, contribuindo para a consolidação de uma rede efetiva.

INDICADOR: proporção de equipes apoiadas

→ Garantir a implementação efetiva de protocolos clínicos

Padronizar certos tipos de condutas clínicas baseadas na melhor evidência disponível não é apenas uma forma de garantir a oferta do melhor cuidado possível aos usuários da Atenção Básica, mas também um mecanismo de garantia de equidade. A AB deve contar com a implementação de protocolos para as condições comuns em seu escopo de atuação, em consonância com a sua carteira de serviços. É imprescindível garantir a implementação efetiva dos protocolos em todas as unidades, o que requer programas de treinamento específicos para essa finalidade.

INDICADOR: *proporção de unidades com protocolos implementados.*

→ Garantir linhas de cuidado coordenadas pela Atenção Básica

A Rede de Atenção à Saúde não é um aglomerado de equipamentos, mas sim um modo organizado e colaborativo que promove corresponsabilização, comunicação e definição clara de obrigações entre serviços de saúde da AB e uma rede especializada de suporte. As doenças crônicas desafiam a estrutura fragmentada do sistema de saúde e é essencial que a rede opere de maneira adequada para garantir resolutividade e prevenção de mortalidade evitável. Para isso, é preciso garantir espaços de gestão que envolvam atores de diferentes serviços - com divisão clara de responsabilidade e fluxos -, e que se avalie desempenho das linhas de cuidado.

INDICADOR: *definição de indicadores específicos depende da linha de cuidado, mas algumas sugestões são a hospitalizações e atendimentos de urgência e emergência por agudização de condições crônicas, satisfação do usuário.*

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Passos para implementação da proposta

1

Diagnóstico atual da Rede de Atenção à Saúde (estrutura, organização e funcionamento);

2

Diagnóstico das demandas recaindo sobre serviços de urgência e emergência e atenção especializada;

3

Definição de prioridades de intervenção, baseada nos diagnósticos anteriores e na capacidade operacional do município;

4

Definição de uma equipe de planejamento e elaboração de um plano de ação;

5

Criação de espaços de diálogo e negociação sobre o plano de ação;

6

Comunicação e publicização do plano de ação para agentes legislativos, Conselhos de Saúde, trabalhadores, etc;

7

A depender da capacidade operacional, escolher unidades-modelo por área para posterior expansão de melhorias para o restante das unidades;

8

Realização de reuniões periódicas de monitoramento do plano de ação;

9

Divulgação do status de andamento do plano de ação (para atores legislativos, Conselhos de Saúde, trabalhadores, etc).

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

Desafios políticos e administrativos

O município tem responsabilidade prevista em Constituição na execução da política de saúde e, ao mesmo tempo, a gestão municipal se depara com o estrangulamento fiscal e o subfinanciamento da saúde, o que gera um grau elevado de insegurança administrativa para a realização de seu trabalho, sobretudo na relação com órgãos de controle.

Ademais, o engajamento das equipes de ponta e da média gestão pode ser desafiador, uma vez que existe uma consolidação/enraizamento de algumas práticas, o que é um fator importante para definir resistência às inovações e às mudanças de processo de trabalho. Não menos importante, há a polarização política dentro dos espaços de gestão. Isso reforça o quanto é importante estabelecer espaços de diálogo e negociação com os atores da ponta e dos diferentes níveis de gestão, na tentativa de vencer possíveis resistências.

ESTUDO DE CASO



FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA EM CURITIBA



No período entre 2013 e 2016, a gestão municipal de Curitiba implementou uma série de mudanças na execução da política de saúde. O diagnóstico foi de que havia grande sobrecarga sobre os serviços de urgência e emergência (sobretudo UPAs), um longo tempo de espera para consultas especializadas e dificuldades de acesso às Unidades Básicas.

As soluções focaram no fortalecimento da Atenção Básica e consolidação da Rede de Atenção à Saúde, com ações em um número determinado de UBS, buscando produzir efeito-demonstração, que incluíram:

- Transformação das UBS de programas verticais para um modelo horizontal;
- Mudança no agendamento com marcação de consultas no dia ou no máximo em 48 horas;
- Implementação de carteira de serviços;
- Coordenação do cuidado: interlocução com outros níveis de atenção do sistema de saúde;
- Monitoramento de resultados (indicadores de avaliação de performance e qualidade);
- Ampliação do número de unidades de APS organizadas no modelo saúde da família;
- Recomposição das equipes dos núcleos de apoio ao saúde da família (Nasf);
- Extensão do horário de funcionamento de parte dos serviços até as 22h;
- Definição de novos padrões de ambiência para as unidades de saúde;
- Promoção de oficinas e seminários para discutir as novas orientações de funcionamento.

O resultado foi o aumento do número de consultas na Atenção Básica, redução do tempo de espera para diversas especialidades, redução da mortalidade materna e infantil e eliminação da transmissão vertical de HIV.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Uma Atenção Básica resolutiva e que coordena o cuidado poupa recursos, garante o direito à saúde e reduz mortalidades evitáveis



AÇÃO

MECANISMO/PRODUTO

RESULTADO

IMPACTO

- Definir a população sob responsabilidade de cada Unidade
- Organizar o acesso presencial nas Unidades Básicas
- Implementar formas alternativas de acesso à AB

- Criam-se novos meios de utilização e acesso à Atenção Básica e organizam-se os mecanismos de porta de entrada na rede

- Mais usuários acessam a Atenção Básica
- Maior isonomia na efetivação desse acesso
- Eliminação de filas nas UBS

- Tornar a UBS facilmente acessível para a população
- Redução de desigualdades no acesso aos serviços de saúde
- Redução do risco de agudização de doenças
- Redução de mortalidade evitável

- Garantir equipamentos para efetivar a carteira de serviços

- Aumento do escopo de atividades realizadas na Atenção Básica

- Menos encaminhamento
- Decisões clínicas sendo tomadas de modo mais rápido e seguro

- Redução da sobrecarga sobre média e alta complexidade
- Melhoria dos resultados assistenciais e sanitários

- Implementação de apoio técnico-assistencial às equipes de Atenção Básica

- Aumento do suporte especializado para equipes de Atenção Básica, permitindo ampliação de escopo de práticas

- Menos encaminhamentos desnecessários
- Profissionais da Atenção Básica expandem seu conhecimento no manejo dos casos

- Redução da sobrecarga sobre média e alta complexidade
- Melhoria dos resultados assistenciais e sanitários

- Garantir a implementação efetiva de protocolos clínicos na AB

- Padronização de condutas clínicas com base em evidências científicas de qualidade

- Decisões clínicas sendo tomadas de modo mais seguro, no tempo adequado
- Isonomia na prestação de serviços no SUS

- Garantia de equidade no cuidado
- Melhoria dos resultados assistenciais e sanitários
- Redução de mortalidade evitável

- Efetivar linhas de cuidado, coordenadas pela AB

- Integração operacional e estratégica entre equipamentos da rede, com responsabilidades e fluxos bem definidos

- Usuários recebem cuidado integral em tempo oportuno

- Melhoria dos resultados assistenciais e sanitários
- Redução de mortalidade evitável

Melhorar a Regulação em Saúde para acabar com as filas

As filas para procedimentos, consultas e internações no SUS e o alto tempo de espera são um importante motivo de avaliação negativa entre os usuários¹⁵. Há vários problemas que decorrem disso, desde a agudização de problemas de saúde até aumento dos custos de tratamento. O não acesso a intervenções em tempo oportuno pode agravar condições tratáveis e impactar na mortalidade, o que ficou mais evidente com a crise do coronavírus. Quadros mais complexos também consomem mais recursos da saúde. A Regulação é uma estratégia de racionalizar os fluxos para acesso a tratamentos, uma potente ferramenta de gestão capaz de interligar a rede de saúde. Esta proposta aponta como os gestores municipais podem tirar o melhor da Regulação para otimizar o SUS municipal.

AÇÕES



- ✓ Reduzir ou eliminar o estoque de filas para procedimentos, consultas e internações (IG)
- ✓ Implementar mecanismos de teleconsultoria (NIG)
- ✓ Implementar estratégias de redução de absenteísmo em procedimentos regulados (NIG)
- ✓ Implementar centrais e/ou sistemas de Regulação interoperáveis com sistemas estaduais (IG)
- ✓ Instituir protocolos e guias de encaminhamento (NIG)
- ✓ Criar grupo de indicadores de avaliação de processo regulatório (NIG)
- ✓ Usar indicadores de encaminhamento da Atenção Básica (com dados da Regulação) para melhorar sistema municipal (NIG)
- ✓ Implementar Núcleos Internos de Regulação (NIRs), quando cabível (IG)

QUAIS PROBLEMAS A PROPOSTA RESOLVE?



- ✓ Alto tempo de espera para acesso a procedimentos e consultas em nível de especialidade e em níveis de atenção de maior complexidade;
- ✓ Agudização de quadros clínicos (com impacto também na mortalidade por causas evitáveis);
- ✓ Uso clientelista de vagas e atendimentos no SUS;
- ✓ Desigualdade de qualidade de cuidado e qualidade de acesso pela não padronização de protocolos e condutas clínicas.

¹⁵ https://portal.cfm.org.br/images/PDF/datafolha_sus_cfm2018.pdf



Ações na prática e seus indicadores



Reduzir ou eliminar o estoque de filas para procedimentos, consultas e internações

A qualificação dos processos de Regulação é valorosa, mas antes é preciso atuar sobre o estoque de filas já existente. Caso contrário, a efetividade da melhoria da Regulação fica comprometida.

Há dois níveis de ação que precisam ser adotados nesse sentido:

1. AUDITAR AS FILAS EXISTENTES SEGUINDO A ORDEM DO FINAL PARA O INÍCIO. É importante garantir que ainda existe necessidade de realização de tratamentos/procedimentos, que as indicações são reais e verificar se a demanda pode ser resolvida por outros profissionais, via Atenção Básica e NASF, por exemplo.

2. AUMENTAR A OFERTA DE ALGUNS PROCEDIMENTOS DE MODO AGUDO E EMERGENCIAL. Podem-se citar como caminhos para ampliar a oferta: as contratualizações com o setor privado ou filantrópico, a implementação de mutirões de procedimentos e cirurgias na rede própria, criação de terceiro turno para serviços cruciais onde haja maior estoque, contratação temporária e emergencial de profissionais, etc.

INDICADOR: percentual de procedimentos/tratamentos com estoque zerado ou reduzido em termos percentuais (com meta a pactuar)



Implementar mecanismos de teleconsultoria

Por vezes, os profissionais atuantes na Atenção Básica podem ter dúvidas na avaliação de alguns casos, o que pode gerar um número significativo de encaminhamentos. Instituir um mecanismo de teleconsultoria entre especialistas e médicos da Atenção Básica poderia: 1) sanar dúvidas sobre condutas e critérios clínicos, evitando encaminhamentos, e 2) agilizar prescrições de exames e avaliações adicionais prévios à primeira consulta com os especialistas (o que garante um melhor uso do espaço da primeira consulta - eliminando uma consulta apenas para solicitação de exames complementares). Existem vários modelos possíveis para implementação, que vão desde ferramentas de comunicação síncrona via telefone ou ligação de vídeo, até uso de e-mails e outras formas de comunicação assíncrona.

INDICADOR: *proporção de equipes com acesso a algum meio de teleconsultoria com especialistas na Atenção Básica.*



Implementar estratégias de redução de absenteísmo em procedimentos regulados

O absenteísmo em exames e procedimentos é um importante fator de desperdício de recursos monetários e não-monetários^{16,17}. Se, por um lado, a auditoria das filas pode garantir que os pacientes com melhora espontânea sejam retirados da lista de espera, o esquecimento é um fator relevante para os usuários que mantêm a necessidade do encaminhamento - especialmente quando existe um grande espaço de tempo entre a data de solicitação e de agendamento da consulta. Estratégias de lembrete, como mensagens de texto, ligações, aviso via redes sociais, etc., são efetivas para redução de faltas.

INDICADOR: *redução percentual de absenteísmo desagregada por procedimento (com meta a pactuar).*

¹⁶ Beltrame, S. et al. (2019).

¹⁷ Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (2016).

→ Implementar centrais e/ou sistemas de Regulação interoperáveis com sistemas estaduais

A Regulação otimiza o uso dos recursos destinados à Saúde. Sua ausência causa problemas na consolidação da integralidade, na equidade e também de ordem econômica. Os municípios que têm rede de referência própria devem implementar mecanismos de Regulação, por meio de uma central (ou centrais). O Ministério da Saúde tem materiais orientadores para a implementação, traçando desde a necessidade de estrutura física até os modos de operar.

O sistema de regulação precisa ser transparente, possibilitando ao cidadão acompanhar o andamento das filas em tempo real, o que vai reduzir a alocação clientelista e indevida de vagas. O status de leitos e centros cirúrgicos, por exemplo, também deve ser publicizado, de modo que se criem mecanismos de constrangimento à reserva indevida de leitos e salas cirúrgicas dentro das unidades executantes.

INDICADOR: *percentual de referências (por tipo) reguladas, no âmbito do município + disponibilização de dados abertos do Sistema de Regulação com especialistas na Atenção Básica.*

→ Instituir protocolos e guias de encaminhamento

Um dos propósitos da Regulação é garantir o acesso a serviços de saúde, respeitando a necessidade e o risco de cada usuário ou usuária. Contudo, essa aferição de risco e necessidade só se torna efetivamente impessoal e justa se todos os casos forem analisados a partir dos mesmos critérios. Para isso, devem existir protocolos implementados tanto do lado de quem referencia quanto de quem julga o pleito de encaminhamento.

INDICADOR: *linhas de cuidado com protocolos implementados + proporção de adequação e capacitação profissional para adesão aos protocolos.*



Criar grupo de indicadores de avaliação de processo regulatório

Quando medimos um processo entendemos como melhorá-lo. A Regulação deveria fornecer mais dados para sua própria melhoria e para a melhoria do sistema. Por exemplo, **o acompanhamento de tempo médio de acesso para cada procedimento, absenteísmo, a taxa de retorno para retirada de resultados, a análise de tempo de permanência em diferentes serviços, o tempo de comunicação entre serviço executor e as centrais de Regulação, etc.** A criação de um rol de indicadores que meçam a Regulação como processo ajuda na compreensão de gargalos, que, muitas vezes, não se restringem à baixa oferta de serviços de maior complexidade.

INDICADOR: *painel de avaliação de Regulação implementado, com um número parcimonioso de indicadores, pactuados com gestores e profissionais envolvidos.*



Usar indicadores de encaminhamento da Atenção Básica (com dados da Regulação) para melhorar sistema municipal

A Regulação também facilita a avaliação de processos em outros pontos do sistema, ajudando a direcionar os esforços de melhoria para onde é mais necessário. Por exemplo, a central de Regulação consegue identificar solicitantes que tenham mais solicitações negadas e/ou mal preenchidas; solicitações que não fecham os critérios mínimos para encaminhamento, números muito altos ou muito baixos de pedido de exames diagnósticos e de rastreamento (como a mamografia e o PSA) por profissional solicitante, etc. Isso ajuda a programar adequações, capacitações e necessidade de mudanças no âmbito da gestão.

INDICADOR: *solicitações devolvidas e incompletas por solicitante, desvios na solicitação de exames, dentre outros, a depender das prioridades municipais.*

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Implementar Núcleos Internos de Regulação (NIRs), quando cabível

Núcleos Internos de Regulação se localizam nos hospitais que recebem usuários e usuárias regulados pelo município. É uma ferramenta de gestão prevista no SUS já há alguns anos e que se presta ao papel de coordenar e monitorar a disponibilidade de leitos por especialidade, conhecer a necessidade de leitos, gerenciamento e regulação da oferta e gerir conhecimento interno (inteligência) de modo a subsidiar um bom planejamento e permitir a adequação do perfil de leitos demandados e oferecidos. O NIR também ajuda a monitorar tempo de permanência e tempo de ociosidade.

INDICADOR: *percentual de hospitais sob administração do município com NIR implementado.*

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Passos para implementação da proposta

1

Revisar as filas já existentes, iniciando do final para o início;

2

Garantir espaço físico, que pode ser próprio ou alugado, para instalação das centrais;

3

Dialogar com as lideranças hospitalares para viabilizar a estrutura física para os NIRs;

4

Garantir que haja prontuários eletrônicos dos usuários e usuárias – e que estes consigam integrar com o sistema da Regulação;

5

Mapear os protocolos do MS aos quais o município não tenha aderido e usá-los como base para capacitações no início da implementação dessa proposta. Buscar fontes confiáveis para protocolos que faltem;

6

Escolher um Sistema de Informação que atenda às necessidades municipais e que, preferencialmente, seja integrável aos módulos de sistemas Estaduais e/ou Regionais;

7

Alinhamento e pactuação de indicadores de Regulação (e/ou ligados à Regulação) com os gestores de serviços e profissionais de linha de frente.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

Desafios políticos e administrativos

Os maiores desafios da Regulação estão ligados à resistência à mudança inerente ao setor Saúde, que possui culturas organizacionais em geral bastante enraizadas. Esse desafio deve ser considerado pela gestão, pois pode comprometer toda a implementação.

É fundamental garantir apoio das altas lideranças dentro dos serviços. A Educação Permanente pode ajudar a angariar apoio entre os profissionais envolvidos, bem como outras ferramentas de gestão como o planejamento estratégico. Outra questão tem a ver com estrutura física e capacidade de contratação de pessoal qualificado. A gestão deve estar preparada para negociar uso de espaços ociosos e ter clareza dos

perfis profissionais que está buscando, para compatibilizar a carga horária destes com a remuneração disponível. Sistemas de informação também são críticos para essa proposta, o que configura um desafio em todo o país. O município pode optar por usar sistemas nacionais ou contratar outros. Vale ressaltar que o sistema é um componente para o sucesso da iniciativa, mas não único. Há países que realizam bons trabalhos de Regulação com sistema ruins, enquanto países com sistemas melhores podem falhar. Treinar e gerir os profissionais e a comunicação entre os serviços e as centrais reguladoras é outro desafio para a gestão, além, é claro, da definição de processos de trabalho esperados para cada parte da engrenagem da Regulação.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

ESTUDO DE CASO

Joinville



TELESSAÚDE APOIA A REGULÇÃO EM JOINVILLE



O Telessaúde é uma ferramenta de articulação entre Atenção Primária (AP) e Atenção Especializada (AE), pois estimula uma nova forma de comunicação entre os pontos de atenção, amplia a resolutividade e reduz os encaminhamentos. No município de Joinville, em Santa Catarina, a aposta foi implantar como passe obrigatório no encaminhamento à ortopedia a qualificação da rede de atenção à saúde em todos os níveis, além de ofertar atividades de teleeducação voltadas para as principais dificuldades de gestão da fila.

A iniciativa ajudou a diminuir em 78% a fila para primeira consulta de ortopedia, com tempo de espera reduzido de 13 para 2 meses. Em média, 75% dos casos têm sido resolvidos na Atenção Primária com auxílio da teleconsultoria, e houve queda de 50% dos encaminhamentos da ortopedia geral para as subespecialidades. Para a gestão, a proposta permitiu a construção de protocolos clínicos mais realísticos e houve boa aceitação das capacitações presenciais realizadas por ortopedistas e reumatologistas. A incorporação do Telessaúde foi um passo importante e necessário no processo regulatório.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Tão importante quanto oferecer o melhor tratamento é garantir seu início em tempo oportuno. Regular com agilidade salva vidas e poupa recursos municipais, possibilitando a diminuição de até 80% nos custos totais. Uma Regulação bem estruturada promove a redução de filas no SUS e otimiza todo o sistema.



AÇÃO

MECANISMO/PRODUTO

RESULTADO

IMPACTO

- Reduzir ou eliminar o estoque de filas para procedimentos, consultas e internações

- Ampliação aguda de vagas e retirada de referências desnecessárias das filas

- Eliminação ou redução considerável do estoque de usuários em listas de espera

- Redução dos tempo de espera no SUS

- Implementar mecanismos de teleconsultoria

- Profissionais da Atenção Básica tem assessoria especializada para definir condutas e avaliação de casos

- Redução de encaminhamentos evitáveis
- Melhor uso do espaço de primeiras consultas na atenção especializada, quando estas forem realmente necessárias
- Ganho de conhecimento por parte dos profissionais atuantes na Atenção Básica

- Redução de tempo de espera no SUS
- Aumento da resolutividade

- Implementar estratégias de redução de absenteísmo em procedimentos regulados

- Usuários são lembrados de seus agendamentos e tem oportunidade de remarcação, caso não possam comparecer

- Redução de absenteísmo

- Redução de desperdício de recursos por ociosidade
- Redução de tempo de espera

- Implementar centrais e/ou sistemas de Regulação interoperáveis com sistemas Estaduais

- Incorporar as centrais de acordo com as Diretrizes Estaduais para a Regulação por meio da Deliberação CIB 6/2012, além de diálogo entre os gestores municipais e estaduais de uma região de saúde, permeando o planejamento regional.

- Potencialização da integralidade da atenção à saúde

- Garantia de transparência do sistema de Regulação
- Redução da alocação clientelista e indevida de vagas

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

• Instituir protocolos e guias de encaminhamento

• Utilização de normas e protocolos para orientar o acesso, definindo responsabilidades e disponibilizando informações relevantes para a tomada de decisões.

• Maior efetividade na disponibilidade ao ofertar e suprir vagas para quem tem mais necessidade em saúde, de modo impessoal e justo.

• Eficácia e olhar vivo para a operacionalização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), qualificando as agendas e o percurso do usuário e usuárias nos pontos de atenção

• Criar grupo de indicadores de avaliação de processo regulatório

• Gestores identificam rol de indicadores que possibilitem avaliar a operacionalização da regulação.

• Regulação passa a ser um serviço monitorado, o que corresponsabiliza atores e a inclui no ciclo de aprendizado e melhoria de processos no sistema.

• Regulação mais eficiente

• Usar indicadores de encaminhamento da Atenção Básica (com dados da Regulação) para melhorar sistema municipal

• São identificados fatores relacionados às condutas clínicas de encaminhamento, liberação de resultados de exames, etc.

• Processos de encaminhamento são avaliados
 • Condutas clínicas que desviam do padrão ótimo podem ser readequadas
 • Programação de adequações, capacitações e necessidade de mudanças no âmbito da gestão assistencial.

• Qualificação das práticas clínicas em toda a Rede de Atenção à Saúde

• Implementar Núcleos Internos de Regulação (NIRs), quando cabível

• Os NIRs geram dados sobre a capacidade instalada e demanda, além de métricas de permanência
 • Articulação com a RAS para alocação vagas/leitos

• Redução de tempo ocioso dos recursos, redução de cancelamento de procedimentos e exames, cancelamentos, etc.
 • Otimização do acesso às informações sobre a capacidade hospitalar e condições clínicas dos usuários

• Redução de desperdício de recursos por ociosidade
 • Garantia de transparência do sistema de Regulação
 • Regulação mais eficiente

Aumentar a cobertura de Atenção Básica

A Atenção Básica é a principal porta de entrada do SUS, junto com as unidades de urgência e emergência. É a partir do atendimento do cidadão em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que se inicia a prestação do serviço assistencial de saúde pública. O aumento da cobertura dos serviços de Atenção Básica no território propicia o acesso do cidadão aos serviços de saúde de forma capilarizada, contemplando locais onde outros serviços sociais nem sempre chegam.

AÇÕES



- ✓ Mapear a mancha de cobertura geográfica das equipes de saúde no território, identificando vazios sanitários (NIG)
- ✓ Identificar vulnerabilidades (NIG)
- ✓ Planejar a expansão da Atenção Básica (NIG)
- ✓ Implantar as estruturas físicas (IG)
- ✓ Recrutar e selecionar as equipes de Saúde da Família (IG)

QUAIS PROBLEMAS A PROPOSTA RESOLVE?



- ✓ Insuficiência da cobertura da Atenção Básica para garantir acesso da população, incluindo populações vulneráveis, ao cuidado adequado e longitudinal, o que aprofunda desigualdades;
- ✓ Mortalidade materna e infantil¹⁸
- ✓ As doenças crônicas, que poderiam ser manejadas com sucesso na Atenção Básica, são a principal causa de mortalidade da população acima de 40 anos;
- ✓ Doenças infecciosas, emergentes e reemergentes continuam causando um número expressivo de mortes no país, sobretudo na população acima de 60 anos;
- ✓ As ações efetivas de vigilância não tem a capilaridade e efetividade adequadas sem o trabalho coordenado com uma Atenção Básica robusta.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Ações na prática e seus indicadores

↳ Mapear a mancha de cobertura geográfica das equipes de saúde no território, identificando vazios sanitários

Realizar levantamento das equipes de saúde da família ou de Atenção Básica existentes, completas ou incompletas, correlacionando sua área territorial de abrangência e número de pessoas atendidas por equipe. Com base na definição da cobertura existente, identificar espaços excluídos de atendimento dos serviços de Atenção Básica à saúde, que servirão como base para o planejamento da expansão dos serviços

INDICADOR: mapeamento situacional realizado + localização das áreas de vazio sanitário

↳ Identificar vulnerabilidades

Com base em dados geográficos, sociais, ambientais e epidemiológicos, identificar os territórios habitados por grupos desfavorecidos, estabelecendo um ranking, do pior para o melhor, para nortear o planejamento das ações de necessidade de expansão da Atenção Básica. Indicadores sintéticos como Índice de Vulnerabilidade Social¹⁹ podem ser úteis para realizar o ordenamento das prioridades.

INDICADOR: ranking de vulnerabilidades elaborado.

↳ Planejar a expansão da Atenção Básica

Conduzir oficinas de planejamento internas da Secretaria Municipal de Saúde, com a finalidade de estabelecer os passos e prioridades identificadas para eleger a ordem das áreas e populações que deverão ser contempladas com a expansão da Atenção Básica. **Com base nesse planejamento, estimar a quantidade de equipes de saúde da família, estruturas físicas e equipamentos necessários à expansão dos serviços de Atenção Básica.**

INDICADOR: plano de ação elaborado, com metas, responsabilidades e prazos.

¹⁹ Mais sobre esse indicador em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180426_RI_metodos_e_conceitos.pdf

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

→ Implantar as estruturas físicas

Construir UBSs e comprar os equipamentos necessários ao funcionamento das unidades. O Ministério da Saúde tem um programa de construção de UBSs – o município pode se inscrever para receber os recursos de investimento, que chegará parcelado de acordo com as etapas da construção. Outra opção é a locação de imóveis para abrigar as estruturas de UBSs – neste caso o município deve arcar com as despesas de aluguel com recursos existentes.

INDICADOR: UBSs inauguradas e em funcionamento.

→ Recrutar e selecionar as equipes de Saúde da Família

O ideal é começar completando as equipes incompletas. Pode-se dar início à contratação de parte das equipes antes mesmo das novas UBSs estarem construídas e aptas a funcionar, utilizando-se instalações desocupadas ou mesmo de imóveis alugados. A SMS deverá cadastrar as equipes de Saúde da Família junto ao Ministério da Saúde, para que possa incrementar os recursos de Atenção Básica repassados. É importante que o município arque com uma contrapartida financeira, de modo a remunerar os profissionais com padrões atrativos e de mercado.

INDICADOR: Equipes de Saúde da Família completas contratadas.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Passos para implementação da proposta

1

Realizar levantamento das equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Básica existentes, com a identificação das completas e incompletas e da população sob sua responsabilidade;

2

Mapear e identificar as áreas geográficas e populações que se encontram sem cobertura das equipes de saúde da família ou de Atenção Básica;

3

Identificar, com base em dados geográficos, sociais, ambientais e epidemiológicos, o perfil de cada área ou grupo populacional;

4

Elaborar ranking reverso, do pior para o melhor, dentre as populações ou áreas geográficas de vazio sanitário;

5

Realizar oficinas de planejamento internas na SMS, para definir as prioridades e estabelecer os passos seguintes, com a definição dos quantitativos de estrutura, equipamentos e recursos humanos;

6

Estudar o "programa de requalificação das unidades básicas de saúde (Requalifica UBS)", elaborando os respectivos projetos e submetendo-os ao Ministério da Saúde, com vistas ao financiamento das construções de novas unidades básicas de saúde ou mesmo reforma e ampliação das existentes;

7

Comprar equipamentos necessários às atividades a serem realizadas nas UBSs;

8

Recrutar e selecionar os profissionais que integrarão as equipes de saúde da família;

9

Realizar treinamento das equipes de saúde da família, quanto às responsabilidades inerentes a cada função e sobre os protocolos assistenciais adotados pelo município (profissionais de saúde);

10

Cadastrar as equipes de saúde da família junto ao Ministério da Saúde, a fim de incrementar os futuros repasses financeiros de Atenção Básica ao município.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

Desafios políticos e administrativos

O esforço de estados e municípios para ampliar os serviços sociais oferecidos à população tem que atender aos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal quanto às despesas de pessoal e, mais recentemente, ao limite do teto de gastos introduzido na Constituição Federal.

Qualquer ampliação de serviços requer aumento de despesas e, no caso de aumento da cobertura da Atenção Básica, haverá a necessidade de recursos para investimento nas estruturas físicas e, também para custeio da operação das novas UBSs, o que demandará do prefeito eleito a priorização da saúde como política pública municipal. Isso ocasionará uma disputa entre as demais políticas públicas pelas fatias do orçamento. Esse será um problema administrativo e político a ser enfrentado.

Outro ponto é o recrutamento de pessoal especializado para compor as equipes de saúde da família. Alguns municípios terão dificuldades em recrutar médicos,

enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais etc., tendo em vista a escassez de mão de obra dessas especialidades, que ficam concentradas nos grandes centros urbanos. Uma boa política de formação, plano de carreira e remuneração pode ser um caminho para atrair tais profissionais.

Ainda sob o ponto de vista político, a representação legislativa, por meio da Câmara de Vereadores, vai buscar chamar a atenção da prefeitura para seus redutos eleitorais. Essas demandas dos vereadores, geralmente, visam políticas públicas sociais e de estrutura para determinadas áreas do território municipal, que nem sempre correspondem aos critérios técnicos definidos para a implantação dos projetos.

Portanto, haverá uma pressão política natural vinda do Legislativo Municipal para que as novas UBSs sejam instaladas em locais de sua preferência eleitoral, o que por si só pode ser um obstáculo à aprovação de projetos de interesse da Prefeitura na Câmara de Vereadores.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

ESTUDO DE CASO



Rio de Janeiro

REFORMA DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO



Em 2008 /2009, a cobertura de saúde da família no Rio de Janeiro correspondia a cerca de 3,5% do território²⁰. A partir de 2009, iniciou-se a implantação da reforma da Atenção Básica na cidade, que compreendeu uma expansão dos serviços, de forma planejada, iniciando pelas áreas de vazío sanitário mais carentes.

A reforma da Atenção Básica no Rio de Janeiro contemplou:

- Construção de Unidades Básicas de Saúde, denominadas “Clínicas da Família”;
- Reforma das UBSs antigas para comportar a nova dinâmica de atendimento desenhada;
- Recrutamento e seleção de gestores para os territórios, denominadas APs – Áreas Programáticas (10 em toda a cidade);
- Implantação de sistemas de informação nas unidades, compreendendo prontuários eletrônicos com interligação com a sede da SMS;
- Definição de carteira de serviços de Atenção Básica, uniformizando os procedimentos de ações de saúde para todas as unidades, compreendendo a elaboração de protocolos clínicos próprios baseados em evidência com observação da realidade local e lista de medicamentos (REMUME);
- Ampliação da residência em saúde da família, chegando a 200 vagas anuais, de modo a formar mão de obra especializada para a rede.

A parceria com Organizações Sociais viabilizou a expansão no período compreendido entre 2009/2016, pela agilidade e flexibilidade inerentes ao modelo, que permite a contratação e substituição de pessoal com mais rapidez, definição de plano de carreira, cargos e salários com padrões de mercado e variável relacionada a incentivos financeiros e não financeiros.

Ao final do ano de 2016, chegou-se a cerca de 70% de cobertura de Atenção Básica na cidade.

²⁰ Simões, P.P. et al. (2016)

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
----	----	-----------	----	----	----	----	----	----	----



Aumentar a cobertura de Atenção Básica promove acesso à saúde, favorece a resolutividade do sistema e reduz mortalidades evitáveis

AÇÃO	MECANISMO/PRODUTO	RESULTADO	IMPACTO
<ul style="list-style-type: none"> • Mapear mancha de cobertura geográfica das equipes de saúde no território, identificando vazios sanitários 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão visualiza melhor as áreas onde há cobertura adequada ou insuficiente pela AB 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão planeja a expansão de modo coerente com a oferta atual de serviços, efetivamente expandindo acesso para onde ele é mais necessário 	<ul style="list-style-type: none"> • Maior resolutividade do sistema • Redução de mortalidade prematura por causas diversas • Redução de sobrecarga sobre outros níveis de atenção
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar vulnerabilidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão visualiza as populações que têm mais necessidade de acesso à saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão evita a “lei dos cuidados inversos” 	<ul style="list-style-type: none"> • Maior resolutividade do sistema • Redução de mortalidade prematura por causas diversas • Redução de sobrecarga sobre outros níveis de atenção • Redução de desigualdades em saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Planejar a expansão; Implantar as estruturas físicas; Recrutar e selecionar equipes de Saúde da Família 	<ul style="list-style-type: none"> • A gestão envolve diferentes atores no planejamento da expansão, corresponsabilizando os times de média gestão e tendo uma estrutura de acompanhamento temporal do projeto • Espaços físicos e contratação de equipes são temas abordados com antecedência, de modo que estratégias de contratação e retenção podem ser adequadas à realidade municipal e, em alguma medida, testadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão consegue expandir acesso à saúde de acordo com as necessidades de saúde de cada território 	<ul style="list-style-type: none"> • Maior resolutividade do sistema • Redução de mortalidade prematura por causas diversas • Redução de desigualdades em saúde • Redução de sobrecarga sobre outros níveis de atenção

Realizar contratações de insumos e prestadores orientadas a resultados em saúde

A gestão de contratos orientada a resultados impacta positivamente nas metas administrativas e de saúde do território. Para garantir a efetividade das contratualizações, deve-se monitorar e avaliar contratos, propiciando responsabilização compartilhada e isenção por parte do Poder Público. Nos contratos de gestão, é importante pactuar com os recursos humanos de saúde o compromisso com entregas relacionadas aos resultados sanitários e de produtividade no território, engajando equipes. Já as contratações de insumos e serviços devem ser realizadas, preferencialmente, por pregão eletrônico.

AÇÕES



- ✓ Construir capacidade regulatória na burocracia municipal de saúde (NIG)
- ✓ Planejar oferta de serviços e ações (NIG)
- ✓ Definir resultados a serem alcançados em cada território (NIG)
- ✓ Definir estrutura de cargos, carreiras e remuneração (NIG)
- ✓ Elaborar editais e planos de trabalho (NIG)
- ✓ Contratualizar resultados entre o órgão central e cada território (NIG)
- ✓ Definir alçadas de decisão sobre execução orçamentária (NIG)
- ✓ Monitorar e acompanhar os serviços (NIG)
- ✓ Garantir a transparência em compras e contratação de serviços (NIG)

QUAIS PROBLEMAS A PROPOSTA RESOLVE?



- ✓ Modelos de remuneração e contratualização induzem baixa resolutividade ou excesso de procedimentos e prescrições (metas e incentivos por produtividade);
- ✓ Indicadores e metas dos contratos, quando presentes, não são aplicados para a gestão efetiva desses contratos;
- ✓ Os setores de compras são altamente burocratizados e, na prática, pouco transparentes;
- ✓ Interferência política em contratualização, contratação e compras;
- ✓ Há pouca flexibilidade de planos de contratação, carreira e remuneração para endereçar os desafios contemporâneos de fixação e preenchimento de vagas para profissionais da saúde;
- ✓ Divisões territoriais não têm alçada decisória sobre orçamento, o que compromete o engajamento de quem executa os serviços de saúde no território com melhores resultados.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Ações na prática e seus indicadores



Construir capacidade regulatória na burocracia municipal de saúde

Com a transição da burocracia de um perfil provedor/operacionalizador para um perfil regulador, há um deslocamento significativo nas competências e habilidades necessárias para desempenhar as novas funções. Contudo, essas novas habilidades ainda precisam ser construídas e consolidadas nas secretarias. O desenvolvimento de lideranças - contratadas ou desenvolvidas internamente - que sejam capazes de elaborar, monitorar, negociar e articular contratualizações é essencial. Segundo a literatura²¹, a melhor forma de fazê-lo é por meio da formação estratégica de dirigentes públicos para o gerenciamento de projetos-chave, incluindo a saúde, de modo semelhante ao que se fez no Governo Federal, com a carreira de EPPGG, e em outros 10 estados e algumas prefeituras pelo país (o que dialoga com a criação de Escolas de Governo e centros de formação).

INDICADOR: *proporção de gestores diretos de contratos que tenham formação específica*



Planejar oferta de serviços e ações

Realizar oficinas de planejamento, com representação das unidades de saúde e lideranças do território, com vistas a se estabelecer os parâmetros necessários para cada área. Aqui entra o resultado da análise do perfil epidemiológico e demandas de saúde, para se relacionar às metas a serem atingidas (melhoria de condições de saúde e quantidade de atendimentos), com a definição de indicadores para acompanhá-las.

INDICADOR: *planejamento realizado.*

²¹Dror, Y. (1999)

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Definir resultados a serem alcançados em cada território

Definir de maneira clara e transparente as orientações que prestadores devem seguir na realização das atividades, tanto em melhoria dos indicadores epidemiológicos e de resultados assistenciais regionais quanto em produtividade. Importante preservar a humanização no atendimento, que pode ser subvalorizada em detrimento das metas. Incluir formas de avaliação por desfecho assistencial. Prever indicadores e metas de resolutividade das linhas de cuidado.

INDICADOR: indicadores e metas por território definidos.



Definir estrutura de cargos, carreiras e remuneração

Independente do tipo de vínculo da força de trabalho da área de saúde, essas definições possibilitam um melhor gerenciamento e comprometimento dos recursos humanos com os resultados pactuados, especialmente no caso dos profissionais contratados por Organizações Sociais. O ideal é estabelecer os parâmetros comuns a serem seguidos por todos os contratos de gestão, de modo a padronizar as relações com a SMS. Deve-se utilizar critérios de remuneração variável atrelada às metas e parâmetros de cada área. É importante prever a realização de processo seletivo amplo, pelas Organizações Sociais, para o recrutamento de pessoal.

INDICADOR: estrutura de pessoal definida.



Elaborar editais e planos de trabalho

Com a definição das ações a serem realizadas, resultados a serem alcançados e estrutura de pessoal, passa-se à elaboração do edital. Geralmente o corpo do edital é elaborado pelo Órgão Jurídico da Prefeitura, cabendo à SMS a elaboração dos anexos do plano de trabalho dos contratos de gestão e licitações em geral.

INDICADOR: edital e planos de trabalho elaborados.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Contratualizar resultados entre o órgão central e cada território

Esta medida propicia o comprometimento dos integrantes de cada área com a política pública definida pela Secretaria de Saúde, levando-se em conta um processo de desconcentração administrativa (vulgo, descentralização), passando a se ter áreas com autonomia orçamentária para realizar a supervisão dos contratos de gestão e fiscalização de contratos administrativos oriundos de licitações.

INDICADOR: *acordos de resultados e contratos de gestão assinados.*



Definir alçadas de decisão sobre execução orçamentária

Possibilita a responsabilização de todas as estruturas da Secretaria de Saúde, não ficando concentrada no nível central. Gera comprometimento dos gestores locais com a obtenção de melhores resultados e qualidade nas compras e contratações. A realização das licitações e pregões e processos de contratação deve ser centralizada na estrutura da SMS, cabendo às unidades descentralizadas (desconcentradas) a adesão às licitações e atas de registro de preços na parte proporcional que lhe cabe, assumindo a responsabilidade pela aquisição.

INDICADOR: *criação de unidades orçamentárias desconcentradas no orçamento da SMS.*

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Monitorar e acompanhar os serviços

A criação de uma estrutura interna na SMS, para concentrar a coordenação das atividades de monitoramento e avaliação dos contratos de gestão visa a obter maior controle sobre as atividades e resultados. Deve-se definir sistemática de acompanhamento das atividades desenvolvidas e monitoramento dos indicadores pactuados, além da fiscalização da qualidade do serviço, como meio para avaliar as ações e redirecioná-las, quando necessário. Prever comissões técnicas multiprofissionais de avaliação para cada contrato de gestão. No caso dos contratos administrativos, deve ser formalizada a indicação de fiscais de cada contrato. Importante definir uma ferramenta de informática própria para monitoramento dos contratos de gestão, o que facilita o trabalho das comissões de avaliação e confere transparência ao modelo.

INDICADOR: *estrutura implantada com sistemática de trabalho definida.*



Garantir a transparência em compras e contratação de serviços

Todos os contratos da secretaria com organizações sociais e outros prestadores devem estar disponíveis num portal online, de forma desagregada e inteligível. Esta prática garante tanto maior competitividade quanto maior transparência do gasto público. No nível das práticas de compra, deve-se realizar a comparação, sempre que possível, dos preços dos insumos a serem adquiridos com os bancos de preços públicos disponíveis, em especial o BPS – Banco de Preços em Saúde, gerido pelo Ministério da Saúde, que fornece a variação de preços de insumos e serviços por região.

INDICADOR: *percentual de contratos, compras e aquisições publicadas de maneira inteligível na internet.*

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Passos para implementação da proposta

1

Identificar a situação epidemiológica do território e quantidades de serviços oferecidos;

2

Definir os padrões de serviços de saúde necessários (tipo, quantidade e qualidade) e metas de melhoria dos indicadores epidemiológicos;

3

Estabelecer contratualização intragovernamental (acordos de resultados - entre estruturas da própria prefeitura) e intersetorial (contratos de gestão - governo e terceiro setor), firmando pacto quanto aos serviços e metas a serem alcançadas, com a previsão de sistemática de avaliação;

4

Criar estrutura interna e equipe responsável pelo monitoramento dos contratos de gestão e acompanhamento dos resultados;

5

Realizar desconcentração orçamentária, para possibilitar que as unidades responsáveis por territórios tenham as ferramentas de gestão disponíveis para a realização das atividades, com responsabilização dos gestores locais;

6

Dividir licitações de insumos e serviços em lotes territoriais, possibilitando a adesão e gestão das unidades desconcentradas, preferencialmente por meio de pregão eletrônico;

7

Definir funções necessárias de cada cargo e critérios para carreiras, composição de remuneração e suas métricas (no caso de estatutários faz-se por projeto de lei) (no caso de parcerias e terceirizações, pode constar em contrato);

8

Implantar sistemática de monitoramento e avaliação dos contratos de gestão, preferencialmente utilizando ferramenta de informática.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

Desafios políticos e administrativos

Uma primeira resistência pode surgir tanto das áreas centrais da prefeitura/secretaria, quanto das unidades a serem descentralizadas, especialmente pela necessidade de avaliar os colegas e por passarem a ser avaliados. Também pode ser um desafio conseguir dados precisos além dos disponíveis nos sistemas DATASUS.

Outro desafio administrativo nasce da implantação da desconcentração orçamentária na LOA do ano seguinte, que possibilita a transformação dos territórios em unidades orçamentárias próprias, propiciando a responsabilização dos agentes e maior capacidade de gestão das suas compras e contratações. Geralmente, as licitações seguem realizadas no nível central da Secretaria, mas podem ser feitas em lotes específicos para cada unidade orçamentária. Pode haver resistência dos servidores do nível central, pela perspectiva de perda de poder sobre os fornecedores e, também, dos agentes do território, preocupados com a possibilidade de responsabilização.

Quanto aos recursos humanos, haverá desafios políticos e administrativos. Os políticos surgem da resistência corporativa dos servidores públicos e funcionários envolvidos, que defendem salários iguais, independente do esforço ou êxito de cada equipe ou mesmo indivíduo, e acreditam que todo serviço público deva ser realizado por funcionários estatutários. Esses agentes podem procurar a Câmara de Vereadores na tentativa de barrar as novas medidas. Administrativamente, há o desafio de aprovar projeto de lei que reorganize funções, carreiras e estrutura de remuneração, com previsão de parcela variável por êxito, com critérios claros, aplicáveis aos servidores. No caso dos funcionários CLT das parcerias com Organizações Sociais ou contratos terceirizados, pode-se prever as condições no contrato estabelecido, mas há possibilidade de mobilização de categorias insatisfeitas, que preferiam estar sob o manto protetor da estabilidade do servidor público.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

ESTUDO DE CASO



UM NOVO MODELO DE CONTRATAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DO RIO DE JANEIRO



O Estado de São Paulo foi precursor no estabelecimento de parcerias na área da saúde, promovendo a formalização de contratos de gestão com Organizações Sociais para a operação de cerca de 60 hospitais ainda em 1999. Depois disso, vários estados e municípios, notadamente as capitais, passaram a aprovar seus modelos de Organizações Sociais por meio de Leis Municipais.

O caso da cidade do Rio de Janeiro é importante pela dimensão da implantação do modelo, que compreendeu toda a Atenção Primária do Município, além de novas unidades hospitalares, UPAs e maternidades, durante os anos de 2009 a 2016. A SMS cumpriu todos os passos, desde o estudo epidemiológico do território, para subsidiar o planejamento das ações e elaborar os planos de trabalho que vieram a fazer parte dos contratos de gestão. Dividiu-se a cidade em 10 áreas programáticas (APs), conferiu às mesmas autonomia orçamentária e formalizou os contratos de gestão sob a supervisão direta de cada área.

Criou-se na estrutura interna da SMS uma área de monitoramento e avaliação, que coordenava as comissões técnicas multiprofissionais, responsáveis por monitorar e avaliar os resultados e a prestação de contas de cada contrato de gestão com Organizações Sociais, utilizando-se de ferramenta de informática desenvolvida para esta atividade.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Uma gestão de contratos orientada a valor proporciona aumento da resolutividade da Atenção Básica, ganho de capacidade estatal e repercute na melhora da situação de saúde da população como um todo.



AÇÃO



MECANISMO/PRODUTO



RESULTADO



IMPACTO

• Construir capacidade regulatória na burocracia municipal de saúde

• Secretaria consegue contratar ou desenvolver talentos com um perfil de habilidades e competências para um bom gerenciamento de contratualizações

• Indicadores, métodos de monitoramento e processos de negociação e articulação são melhor estruturados e cumpridos

• Aumento da resolutividade
• Melhora da situação de saúde da população
• Ganho de capacidade estatal

• Planejar oferta de serviços e ações
• Definir resultados a serem alcançados pelo território

• Gestão, equipes de ponta e outros atores pactuam conjuntamente os serviços a serem ofertados em cada território, com base em um diagnóstico situacional e definem as metas a serem alcançadas

• Corresponsabilização de atores envolvidos
• Pactuação de metas realistas e customizadas de acordo com cada área
• Maior engajamento das equipes de ponta

• Melhora da situação de saúde da população
• Aumento da resolutividade

• Definir estrutura de cargos, carreiras e remuneração
• Elaborar edital e plano de trabalho

• Gestão consegue dimensionar o número de contratações necessárias, o valor total a investir e as habilidades que cada profissional deve ter
• Gestão consegue traçar mecanismos de fixação de RH

• Melhor retenção de profissionais
• Mais liberdade para aumentar o número de contratações na rede

• Melhora da situação de saúde da população
• Aumento da resolutividade
• Ampliação de acesso

• Contratualizar resultados entre o órgão central e cada território
• Definir alçadas de decisão sobre execução orçamentária

• Gestão central e territórios oficializam as metas e resultados a serem alcançados, criando corresponsabilização
• Cada estrutura setorial da SMS é responsabilizada pela boa execução orçamentária e planejamento financeiro das ações de sua competência

• Equipes de ponta comprometidas e engajadas na busca pelos resultados contratualizados
• Equipes de alta e média gestão usam fatia de orçamento que executam de modo mais eficiente e responsável

• Aumento da resolutividade
• Aumento da eficiência de uso dos recursos financeiros

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

• Monitorar e acompanhar serviços

- Gestão visualiza onde os contratos estão ou não sendo cumpridos a contento e pode lançar mão de mecanismos de controle

- Prestadores responsabilizados pelos serviços
- Aprendizado sistemático a partir dos dados

- Aumento da resolutividade

• Garantir transparência em compras e contratação de serviços

- Gestão parametriza valores de acordo com um banco de preços, reduzindo chance de superfaturamento e outras irregularidades
- Gestão torna públicas todas as informações de suas compras e contratações

- Uso racional de recursos financeiros
- Aumento de concorrência entre fornecedores
- Maior acesso da sociedade aos dados de uso de dinheiro público na contratação de serviços

- Aumento da eficiência de uso dos recursos financeiros
- Redução de uso clientelista de recursos públicos

Organizar carteiras de serviços, medicamentos e práticas dos profissionais de saúde

A carteira de serviços, medicamentos e práticas dos profissionais de saúde na Atenção Básica dá um balizador importante para a gestão definir escopo e abrangência dos serviços que presta à população e também direciona a atuação dos profissionais alocados neste nível de atenção. A ferramenta ajuda ainda a orientar a aquisição de medicamentos e equipamentos, otimizando o uso dos recursos financeiros do município e promovendo melhora na saúde da população assistida. Esta proposta mostra como organizar essa carteira de serviços, que precisa também ser divulgada à população.

AÇÕES



- ✓ Identificar a capacidade instalada de Atenção Básica no município; (NIG)
- ✓ Elaborar carteira de serviços de saúde disponibilizados à população; (NIG)
- ✓ Definir atribuições das funções das equipes das Unidades Básicas; (NIG)
- ✓ Definir protocolos de saúde; (NIG)
- ✓ Elaborar a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME); (NIG)
- ✓ Comunicar à população as carteiras de serviços, medicamentos e práticas. (NIG)

QUAIS PROBLEMAS A PROPOSTA RESOLVE?



- ✓ A Atenção Básica é pouco resolutive;
- ✓ O planejamento da atenção pelas Secretarias de Saúde é mais exceção que regra;
- ✓ Municípios enfrentam impossibilidades financeiras e de capacidade instalada para realizar todos os serviços, gerando frustração da população e dos profissionais de saúde;
- ✓ A política de saúde e, conseqüentemente, a oferta de serviços está dissociada das necessidades locais;
- ✓ Escopo de prática da enfermagem é limitado, restringindo a produção do sistema aquém do seu potencial.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Ações na prática e seus indicadores

→ Identificar a capacidade instalada de Atenção Básica no município

Mapear a estrutura física, equipamentos e pessoal por categoria profissional, o que possibilitará a realização do planejamento das ações para a prestação de serviços de saúde.

INDICADOR: mapeamento das unidades de saúde e seu tamanho, equipamentos funcionando e pessoal disponível por categoria profissional.

→ Elaborar carteira de serviços de saúde disponibilizados à população

Realizar oficinas de planejamento com representação das unidades, para construir um rol de serviços que serão prestados, com base no levantamento do perfil epidemiológico e socioeconômico e composição da capacidade instalada.

INDICADOR: planejamento realizado com os resultados consolidados.

→ Definir atribuições das funções das equipes

Elaborar regimento interno, contendo a definição das funções e alcance das atribuições de cada categoria profissional das equipes de saúde da família, dando ênfase à ampliação das funções da enfermagem e a incorporação de atividades de promoção e vigilância por parte dos ACS – Agentes Comunitários de Saúde. No caso dos ACS, especificamente, definir o escopo de ação e delimitar atividades complementares e integradas às dos demais membros da equipe é crítico para ampliar efetividade de sua atuação²².

INDICADOR: regimento interno elaborado e implantado.

²²Grossman-Kahn, R., Schoen, J., Mallett, J. W., Brentani, A., Kaselitz, E., & Heisler, M. (2018).

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

Definir protocolos de saúde

Elaborar manuais operacionais contendo o processo de atendimento, investigação e diagnóstico a serem utilizados pelos profissionais de saúde para as situações previstas, seja de atendimento geral ou tratamento de doenças e infecções, podendo-se utilizar dos protocolos de atenção básica do Ministério da Saúde ou elaborar os próprios do Município.

INDICADOR: *protocolos definidos para toda a carteira de serviços apeamento das unidades de saúde e seu tamanho, equipamentos funcionando e pessoal disponível por categoria profissional.*

Elaborar a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME)

Com base na carteira de serviços definida e nos protocolos de saúde elaborados, a Secretaria de Saúde passa a correlacionar os tratamentos terapêuticos para cada doença ou infecção a ser tratada, compreendendo as opções terapêuticas possíveis de acordo com as condições financeiras do município.

INDICADOR: *relação municipal de medicamentos definida e publicada*

Comunicar à população as carteiras de serviços, medicamentos e práticas

Para além da definição de cada carteira, é importante construir uma estratégia de comunicação para apresentar a novidade à população. Para tal, é preciso disponibilizar as carteiras no site da prefeitura e todos os equipamentos de saúde. Além disso, o município pode usar os Agentes Comunitários para divulgar as novas carteiras diretamente às famílias nos territórios. Outra opção é promover a divulgação em mídias como rádio e TV.

INDICADOR: *% de equipamentos de saúde com informações disponíveis ao público sobre as carteiras.*

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Passos para implementação da proposta

1

Realizar pesquisa nos bancos de dados do SUS para reunir informações necessárias à elaboração de um painel situacional do município;

2

Elaborar diagnóstico situacional quanto ao perfil epidemiológico do município, sua capacidade instalada e quais as unidades de referência estaduais para a regulação;

3

Criar comitê representativo dos profissionais de saúde e unidades da secretaria, para a elaboração participativa do planejamento de ações e definição da carteira de serviços de saúde do município;

4

Elaborar carteira de serviços de saúde do município;

5

Criar comitê específico com profissionais de saúde, para a elaborar ou definir sobre a adoção dos protocolos de saúde a serem utilizados no município;

6

Definir os protocolos de saúde que serão utilizados nas unidades de saúde do município;

7

Criar comitê interdisciplinar com profissionais para a elaboração da relação de medicamentos do município, utilizando-se de correlação entre a carteira de serviços e os protocolos clínicos de atendimento;

8

Elaborar a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), contendo todos os medicamentos e opções terapêuticas;

9

Publicar e divulgar carteira de serviços do município e da REMUME.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

Desafios políticos e administrativos

Apesar do SUS oferecer atendimento a todos os cidadãos brasileiros, quem mais utiliza os serviços de assistência à saúde é a população mais pobre, que não tem condições de arcar com o atendimento privado. Mesmo após 30 anos de existência do SUS, grande parte dos seus beneficiários ainda não tem clareza da lógica de funcionamento do sistema, quais são os serviços e tratamentos existentes e, muito menos, a responsabilidade dos entes da federação na prestação dos serviços.

Sob o ponto de vista administrativo, a falta de transparência acerca do escopo dos serviços e da responsabilidade municipal na prestação dos mesmos pressiona gestores e profissionais de saúde a oferecerem serviços que extrapolam a competência municipal, como, por exemplo, os de média e alta complexidade. Às vezes, essa absorção de competências se dá pela incapacidade do estado em fornecer os serviços que lhe cabem. Mas, muitas vezes o problema se dá pela falta de

capacidade do próprio município de promover a articulação interfederativa para regular e referenciar pacientes para unidades de maior complexidade, que estão fora da alçada municipal.

Sob o ponto de vista político, a população, quando procura um serviço de saúde, tem alta expectativa quanto à resolução do seu problema, sem saber ao certo qual unidade de saúde procurar e o que poderá ser resolvido lá. Aliado a essa alta demanda da população, existe ainda pressão política para privilegiar o atendimento de eleitores em detrimento de outros.

Com a proposta implantada, os cidadãos e os profissionais de saúde terão mais clareza do escopo municipal. A organização do serviço de saúde tende a diminuir as práticas patrimonialistas na prestação do serviço de saúde, já que a população saberá como acessar o serviço e o que esperar dele. Por conta disso, pode haver oposição do sistema político quanto às ações de organização do sistema de saúde pública.

01

02

03

04

05

06

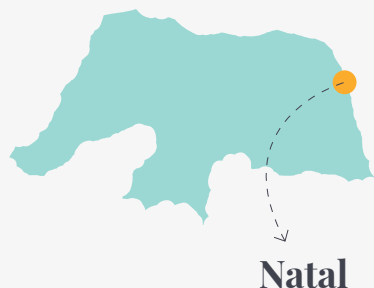
07

08

09

10

ESTUDO DE CASO



ELABORAÇÃO DA CARTEIRA DE SERVIÇOS EM NATAL



EA cidade de Natal, capital do Rio Grande do Norte, promoveu a reorganização do SUS municipal com foco na Atenção Básica. Um dos passos desta iniciativa foi a construção de uma carteira de serviços.

O documento contempla as necessidades e demandas em saúde no nível local - as mais frequentes e também as mais relevantes - além de considerar as vulnerabilidades de cada território, de modo a consolidar os quatro atributos essenciais da Atenção Básica: acessibilidade, coordenação do cuidado, longitudinalidade e abrangência. Uma versão preliminar da Carta de Serviços foi colocada para consulta pública.

Além do conjunto de atividades assistenciais a serem ofertadas, o documento também estabelece padrões de desempenho esperados para os serviços e delimita um conjunto mínimo de atividades que devem ser executadas por cada categoria profissional, seja na equipe mínima ou nas equipes de apoio e retaguarda especializada.

Existem casos referência na elaboração e implantação de carteira de serviços no Rio de Janeiro, Florianópolis e Curitiba. Além de Natal, Belo Horizonte e Porto Alegre também adotaram o documento. O Ministério da Saúde desenvolveu um modelo de carteira de serviços de Atenção Básica em Saúde contendo orientações para os municípios interessados nessa elaboração²³.

²³Para saber mais:
Cunha, C.R.H. et al.
(2020).

Salazar, B.A.C et al.
(2017)

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_resumida.pdf

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_populacao.pdf

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Organizar carteiras de serviços, medicamentos e práticas dos profissionais de saúde ajuda a orientar a oferta e o desempenho de serviços e pode ser um instrumento eficiente de redução de desigualdades



AÇÃO

- Identificar o perfil epidemiológico e socioeconômico do município e dos territórios
- Identificar a capacidade instalada de Atenção Básica no município



MECANISMO/PRODUTO

- Gestão identifica necessidades e demandas em saúde no território
- Gestão identifica equipamentos, equipes e estruturas físicas funcionais



RESULTADO

- Secretaria pode planejar, com base no diagnóstico, qual é a oferta de serviços que deve ser feita em cada local
- Secretaria consegue identificar aquisições, contratações ou adequações que devem ser feitas



IMPACTO

- Equalização entre oferta e demanda
- Criação de capacidade de planejamento no sistema municipal

- Elaborar a carteira de serviços de saúde que serão disponibilizados à população no território

- Gestão delimita o que será ofertado pelas Unidades Básicas e demais equipamentos de saúde
- Gestão planeja ações de comunicação sobre a carteira de serviços

- Serviços têm sua estrutura (física ou não) adequada para atuar sobre as necessidades de saúde da população
- Carteira de serviços é melhor comunicada com a população

- Melhoria da condição de saúde da população
- Maior clareza dos cidadãos sobre os serviços que podem acessar em cada ponto do sistema

- Definir atribuições das funções das equipes
- Definir os protocolos de saúde
- Elaborar a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME)

- Gestão estabelece as condutas para cada condição de saúde a ser resolvida pela AB
- Gestão define escopos de atuação dos profissionais, potencializando sobretudo a Enfermagem e os ACS
- Gestão alinha a oferta de medicamentos e insumos a essas condutas e escopos de trabalho

- Maior isonomia e equidade no acesso ao cuidado
- Maior segurança do paciente
- Distribuição racional de atribuições entre profissionais e técnicos da saúde
- Melhor planejamento de compras e controle de estoques

- Melhoria da condição de saúde da população
- Aumento da resolutividade

Treinar, capacitar e motivar a força de trabalho da saúde

Serviços públicos são feitos de pessoas. A produção e resolutividade da atenção básica é em grande parte determinada pela quantidade, qualidade e gestão dos recursos humanos disponíveis. No SUS o desafio é peculiar, especialmente por conta da grande possibilidade de mobilidade dos profissionais da saúde no mercado de trabalho público e privado, principalmente nos grandes centros. Esta proposta mostra como planejar, capacitar e estimular a força de trabalho da saúde municipal. Uma política de educação permanente em saúde, que inclua treinamento e desenvolvimento, deve vir atrelada a incentivos que possam valorizar o profissional e ajudar na retenção dos talentos no município.

AÇÕES



- | | |
|---|-------|
| ✓ Mapear a força de trabalho | (NIG) |
| ✓ Planejar a força de trabalho | (NIG) |
| ✓ Definir formatos e vínculos | (NIG) |
| ✓ Elaborar estratégia de recrutamento | (NIG) |
| ✓ Implementar estratégias de incentivos monetários e não-monetários | (IG) |
| ✓ Levantar as necessidades de treinamento | (NIG) |
| ✓ Desenhar e implementar política de Educação Permanente em Saúde (EPS) | (NIG) |

QUAIS PROBLEMAS A PROPOSTA RESOLVE?



- ✓ Profissionais, gestores e usuários têm baixa aderência às linhas de cuidado das principais doenças crônicas;
- ✓ Faltam profissionais de saúde nos pequenos municípios e áreas rurais, além de déficits sistemáticos de algumas especialidades, como saúde da família;
- ✓ Formação desalinhada com as necessidades da atenção básica no conteúdo e na distribuição de vagas de residência;
- ✓ Força de trabalho da saúde possui alta rotatividade;
- ✓ A rotatividade dos profissionais da ponta e do médio escalão também é frequente.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Ações na prática e seus indicadores



Mapear a força de trabalho

Identificar as funções profissionais existentes na SMS e unidades de saúde, com os respectivos quantitativos, tipos de vínculos e tempo de serviço de cada um.

INDICADOR: *mapa de funções e quantitativo de recursos humanos (estatutários, CLT e terceirizados) elaborado.*



Planejar a força de trabalho

Definir, com base nas funções existentes e necessárias (existentes ou não), os quantitativos de pessoal, assim como as habilidades e competências (soft e hard) relacionadas a cada função e a periodicidade da sua renovação, levando em conta a evasão e aposentadoria. Aqui, deve ser prevista a ampliação da atuação da enfermagem e a inclusão de atividades de promoção e vigilância na função dos ACS – Agentes Comunitários de Saúde.

INDICADOR: *plano elaborado.*



Definir formatos e vínculos

Há algumas possibilidades em relação às formas de contratação de pessoal e respectivos vínculos com o serviço de saúde. Alguns locais contratam diretamente na SMS com vínculo estatutário, geralmente com remuneração baixa e sem incentivos além da estabilidade. Outros contratam por meio de empresa pública social, com vínculo CLT, ou mesmo por meio de parcerias com entidades do terceiro setor como as Organizações Sociais, também com vínculo CLT, além das atividades de suporte que geralmente são terceirizadas. As opções com vínculo CLT propiciam maior flexibilidade para definir planos de cargos, carreiras e remuneração com prêmios por desempenho, além de atrelar progressão à educação permanente.

INDICADOR: *estratégia de contratação por função definida.*

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Elaborar estratégia de recrutamento

Elaborar um plano de recrutamento para cada função, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Para funções como médicos e enfermeiros, a criação de um programa de residência em saúde da família pode funcionar tanto para lotar esses profissionais nas unidades como criar vínculo entre os residentes, pacientes e estrutura do serviço, funcionando também como incentivo à permanência desse profissional ao término da residência. Em todos os casos, a definição de planos de cargos, carreiras e remuneração em nível de mercado e atrelada a incentivos de desempenho pode seduzir profissionais que se identifiquem com o serviço de saúde local. Também é importante definir a periodicidade dos recrutamentos e montar um banco de reserva de pessoal, para futuras reposições.

INDICADOR: plano de recrutamento elaborado.



Implementar estratégias de incentivos monetários e não-monetários

A evidência mostra que motivar a força de trabalho não depende só de incentivos financeiros, mas de uma combinação de incentivos financeiros e não financeiros²⁴. Municípios devem elaborar um plano que congregue essas duas dimensões para contar com uma força de trabalho capacitada e motivada. Incentivos monetários no nível do equipamento e do indivíduo aumentam a produção de serviços e podem ter impacto direto na saúde da população²⁵. Diante de recursos escassos e de carreiras profissionais caracterizadas por senso de propósito e motivação intrínseca, os incentivos não monetários podem ser bastante efetivos. Prêmios para os melhores profissionais, que gerem reconhecimento social, podem motivar a força de trabalho, e mesmo incentivos não condicionais ao desempenho, como presentes, podem fomentar o desempenho, por meio de um mecanismo de reciprocidade²⁶. Por fim, elementos que trabalhem o senso de pertencimento à comunidade e de propósito da profissão também ajudam a alinhar os incentivos da força de trabalho²⁷. O município pode usar de modos menos tradicionais para tal, homenageando a força de trabalho em outdoors e programas de rádio.

INDICADOR: porcentagem da força de trabalho sujeita a incentivos monetários e não monetários.

²⁴ https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/38_1.pdf?ua=1

²⁵ Rwanda, De Walque and Gertler (2015) and Gertler & Vermeersch (2012)

²⁶ Ashraf, N., Bandiera, O., & Lee, S. S. (2014); Brock, J. M., Lange, A., & Leonard, K. L. (2014)

²⁷ Tendler, J. (1997).

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Levantar as necessidades de treinamento

A partir do mapeamento e da elaboração do planejamento da força de trabalho, deve-se mapear as competências existentes na força de trabalho atual e definir as habilidades e competências necessárias para cada função.

INDICADOR: LNT - Levantamento das Necessidades de Treinamento elaborada, mapeando todas as competências necessárias para cada categoria profissional.



Desenhar e implementar política de Educação Permanente em Saúde (EPS)

O plano de capacitação objetiva que os profissionais já existentes obtenham as competências necessárias e aqueles recrutados fiquem alinhados com os conhecimentos identificados para cada função que será exercida. O plano pode prever certificação para funções específicas. As atividades devem conter tanto conhecimentos específicos de cada função - dimensões da assistência e da gestão - quanto conhecimentos mais práticos e polivalentes, e podem ser orientadas aos problemas práticos vivenciados no sistema.

A política de educação permanente deve ser perene, realizando formações recorrentes ao longo de todo o ano, e deve caracterizar-se por sua intencionalidade, fornecendo de maneira precisa as competências profissionais necessárias. A política de Educação Permanente pode também fomentar a colaboração e mentoria entre profissionais mais experientes e mais jovens, e reconhecer práticas inovadoras implementadas no território.

INDICADOR: plano de EPS - Educação Permanente em Saúde elaborado; percentual da força de trabalho capacitada em matriz de competências pré definida.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Passos para implementação da proposta

1

Levantar as funções profissionais e quantitativos de pessoal existentes na SMS e unidades de saúde, com os respectivos tipos de vínculos (estatutário, CLT, contratado por OS, contratado por empresa, contratado por convênios, etc) e cálculo do tempo que falta para a aposentadoria;

2

Elaborar mapa com as funções consideradas necessárias, quantitativo de pessoal necessário, habilidades e competências necessárias a cada função;

3

Comparar o necessário e o existente, considerando os tempos que faltam para a aposentadoria de pessoal existente, a fim de planejar um calendário de substituições, além de uma estimativa de evasão periódica de cada função;

4

Definir os tipos de contratação e vínculos por função, levando em conta a premissa de lotar pessoal estatutário permanente nas funções de formulação, monitoramento, avaliação e fiscalização, podendo prever vínculo CLT para as funções de prestação de serviços de saúde direto à população, por meio de Organizações Sociais ou outro tipo de parceria do município com organização da sociedade civil, além das terceirizações de atividades de suporte;

5

Elaborar plano de recrutamento de pessoal, por concurso público no caso de estatutários e CLTs por empresa pública ou processo seletivo próprio juntamente com as Organizações Sociais, no caso em que exista a parceria para a gestão compartilhada. No caso de seleção para contratação por OS, o plano deve ser elaborado juntamente com a OS parceira, que irá executá-lo;

6

Elaborar a LNT - Levantamento das Necessidades de Treinamento;

7

Elaborar Plano de EPS - Educação Permanente em Saúde;

8

Implementar o Plano de EPS, por meio de estrutura própria da SMS ou criação de uma Escola de Governo e saúde pública, com possibilidade de terceirizar a realização dos cursos e programas. As OSs podem executar o plano de EPS no caso dos funcionários CLT por elas contratados. Aqui também se incluem os programas formativos, como residências médicas e de enfermagem e especializações.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

Desafios políticos e administrativos

Um primeiro desafio a ser enfrentado pelo gestor é a resistência dos profissionais a treinamentos não formativos, especialmente relacionados a protocolos e processos de trabalho. Isso acontece de forma mais intensa com profissionais de saúde que detém uma gama ampla de conhecimentos e podem se sentir tolhidos em ter que aplicar somente um recorte definido pela nova instituição (processos administrativos e protocolos clínicos definidos).

Um outro desafio para o gestor, especialmente na área de saúde, também é destinar parte do orçamento já insuficiente para ações que não sejam relacionadas diretamente a assistência ou vigilância. Daí, as ações de educação permanente e de meios administrativos são sempre preteridas e consideradas de menor relevância.

01

02

03

04

05

06

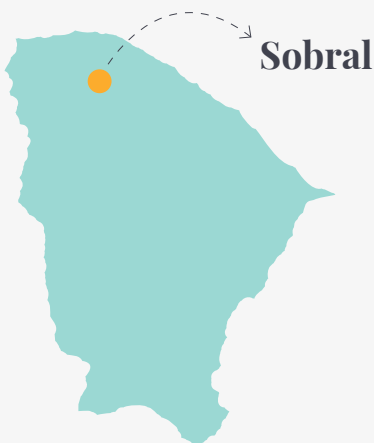
07

08

09

10

ESTUDO DE CASO



Sobral

CAPACITAÇÃO E MOTIVAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NO CEARÁ



Capacitações orientadas a problemas em Sobral

Em uma Unidade Básica de Saúde no município de Sobral, no Ceará, foi organizada uma atividade de Educação Permanente para melhorar a assistência aos usuários que experienciam algum sofrimento psíquico, uma vez que esse desafio foi diagnosticado no equipamento de saúde²⁸. As atividades empregaram metodologias de problematização (Arco de Magueres) para disparar reflexões sobre a prática cotidiana dos profissionais e a atividade englobou todas as equipes mínimas de Saúde da Família (exceto médicos) que atuavam na unidade.

Escola de Saúde Pública

A Escola de Saúde Pública do Ceará trabalha, desde os anos 1990, com a aprendizagem baseada em problemas para impactar a formação de profissionais para o SUS. A escola oferta cursos técnicos, de especialização, aperfeiçoamento e atualização e já abriu turmas para formação de Agentes Comunitários de Saúde em diversos municípios, como a capital Fortaleza, Tauá, Iguatu e Horizonte.

Combate da mortalidade infantil como propósito

A política de Agentes Comunitários da Saúde implementada nos municípios do Ceará entre os anos 1980 e 1990 usou de diversas estratégias engenhosas e de baixo custo para incentivar a força de trabalho. Os principais mecanismos de motivação eram o fomento do senso de propósito e pertencimento dos profissionais de saúde. Os profissionais foram motivados pela missão do programa, focada no combate à mortalidade infantil. O estado também usou de diversos mecanismos de reconhecimento profissional, por meio de propagandas no rádio, fomentando a importância social destes profissionais de saúde.

²⁸Para mais detalhes metodológicos da atividade, visite: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.v3n3p284-292>



Treinar, capacitar e motivar a força de trabalho impacta diretamente na produção e resolutividade da atenção básica, ampliando o acesso e melhorando a qualidade da saúde municipal.



AÇÃO	MECANISMO/PRODUTO	RESULTADO	IMPACTO
<ul style="list-style-type: none"> • Mapear a força de trabalho • Planejar a força de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão consegue traçar uma demografia de seus Recursos Humanos e identificar as áreas onde serão necessárias contratações 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão consegue traçar e acompanhar, em termos organizacionais e orçamentários, a execução de sua política para Recursos Humanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Redução de déficits de profissionais em algumas áreas • Ampliação de acesso
<ul style="list-style-type: none"> • Definir os formatos e vínculos • Elaborar estratégia de recrutamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão estabelece vínculos empregatícios que garantam sustentabilidade econômica à sua política de RH e, ao mesmo tempo, que comportem políticas de remuneração variável por desempenho 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão cria incentivos para melhorar desempenho e garante uma política de RH sustentável 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da produtividade do sistema de saúde • Redução de déficits de profissionais em algumas áreas
<ul style="list-style-type: none"> • Levantar as necessidades de treinamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão identifica pontos críticos onde conduta e habilidades dos profissionais devem ser aprimoradas 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão capacita a força de trabalho de acordo com as necessidades do território e as particularidades de cada grupo de profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da produtividade do sistema de saúde • Melhora da resolutividade
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar Plano de EPS – Educação Permanente em Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão traça um plano contínuo e permanente para qualificar a força de trabalho e o executa por meio de escolas de governo e formação para o SUS 	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais se qualificam continuamente e o município cria capacidade formativa para Recursos Humanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da produtividade do sistema de saúde • Melhora da resolutividade

Construir estratégia de monitoramento viabilizando responsabilização e aprendizagem a nível de sistema

A política de monitoramento na saúde municipal exerce duas funções fundamentais: gera informações que permitem a responsabilização dos provedores e garante aprendizagem a nível de sistema. Mensurar bem possibilita que a gestão municipal aprenda com o curso das intervenções feitas na realidade. Uma política efetiva de monitoramento possui três componentes que operam de maneira coordenada: **1)** processo de coleta de informações preciso, eficiente e de alta frequência; **2)** capacidade de criar análises que informem de maneira inteligível e recorrente todos os níveis da gestão e da provisão de serviços e **3)** processos de tomada de decisões ancorado na utilização da evidência disponível.

AÇÕES



- ✓ Instituir sistema de informação com identificador único por indivíduo (IG)
- ✓ Instituir Conjunto Mínimo de Dados (CMD) e painel de controle municipal (NIG)
- ✓ Efetivar ciclo de análise de dados, com a informação voltando para a ponta (NIG)
- ✓ Implementar plano de monitoramento para doenças de maior interesse sanitário (NIG)

QUAIS PROBLEMAS A PROPOSTA RESOLVE?



- ✓ Os sistemas de informação, em geral, não permitem conhecer a trajetória dos usuários. Há muita duplicação de informações, má coleta de dados e sobreposição;
- ✓ A heterogeneidade dos dados coletados compromete a qualidade das análises, especialmente as comparativas ao longo do tempo;
- ✓ Hoje, não há efetivação de uma rotina de aprendizagem a partir dos dados, seja na gestão central, seja na ponta;
- ✓ Falhas em monitorar condições de saúde reemergentes/de interesse sanitário de modo proativo e preventivo resultam em sobrecargas desnecessárias no sistema.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Ações na prática e seus indicadores



Instituir sistema de informação com identificador único por indivíduo

A falta de integração entre os sistemas de informação que coexistem na saúde é um problema frequente. O uso de identificadores diferentes para cada cidadão gera duplicações, inconsistências e dificulta o acesso a dados sobre itinerário e linha do tempo de cuidado dos usuários. Alguns municípios possuem sistemas diferentes para cada bairro ou território programático, o que contribui para falhas na análise e exige muitos esforços na tentativa de integração dos dados. Unificar o sistema de informação das unidades com um único identificador individual é o primeiro passo para melhorar a qualidade, agilidade e efetividade do uso de dados municipais para informar a melhor provisão de serviços.

INDICADOR: percentual de **a)** serviços e procedimentos; **b)** equipamentos que utilizam o mesmo identificador para o usuário



Instituir Conjunto Mínimo de Dados (CMD) e painel de controle municipal

O sistema de saúde é caracterizado por sua complexidade e intensividade em transações: são prestados múltiplos serviços de naturezas distintas em diversos pontos de atendimento. **Seria muito difícil coletar e analisar com eficácia todas as fontes de dados disponíveis. Por isso, é fundamental que a gestão estabeleça indicadores prioritários a serem acompanhados ao longo de 4 anos**, a partir do diagnóstico de necessidades de saúde e do funcionamento da rede municipal, de modo que a coleta qualificada desses dados seja obrigatória nos serviços.

Essa proposta também leva em conta o nível de agregação dos indicadores, de modo que se permita a avaliação dos dados por território, por UBS, por equipe ou por profissional. Deve-se pactuar, também, a frequência de análise dos indicadores. Além da definição de qual o pacote mínimo de dados para os quais os municípios devem olhar, é importante pensar nas métricas de processos e métricas de desempenho que o município deve monitorar, por meio de um painel de controle.

INDICADOR: definição do CMD e dos dados que integrarão o painel, e do percentual de indicadores que podem ser desagregados nos níveis definidos

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Efetivar ciclo de análise de dados, com a informação voltando para a ponta

Os painéis de controle não devem informar somente a alta gestão. Os profissionais da ponta investem boa parte do seu tempo na coleta de dados. A falta de um ciclo de aprendizagem que retorne os benefícios da análise desses dados para seu ponto de origem compromete o aprimoramento dos processos de coleta e a capacidade de melhoria dos serviços. Sistemas inteligentes de coleta de informações podem, por exemplo, reduzir espaço para erros de registro, bem como dar insumos para o trabalho de acompanhamento e encaminhamento de usuários.

Uma estratégia de monitoramento efetiva deve alinhar coleta, análise de dados e tomada de decisão:

NA COLETA, é preciso treinar equipes da ponta e da assistência para assegurar a precisão das informações, garantindo que cada dado seja coletado apenas em um ponto da linha de cuidado, reduzindo o tempo e o esforço despendidos neste processo.

NA ANÁLISE DE DADOS, é preciso construir capacidade estatística para o processamento das informações em relatórios úteis e inteligíveis. As informações devem ter a frequência (em geral, diária, semanal e mensal) e o nível de agregação adequados para a tomada de decisão em todos os níveis da gestão, podendo ser analisadas no nível dos equipamentos de saúde, dos territórios e das equipes de saúde.

NA TOMADA DE DECISÃO, é preciso capacitar profissionais para um processo decisório baseado em dados e também utilizar autoridade política para reforçar a construção de rotinas de monitoramento recorrentes em todos os níveis da gestão e da assistência.

INDICADOR: *proporção de equipes da assistência e da gestão realizando reuniões semanais de monitoramento dos dados*

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Implementar plano de monitoramento para doenças de maior interesse sanitário

É comum, no contexto brasileiro, presenciar a reemergência de algumas doenças como, por exemplo, as arboviroses. Essas e outras situações mostram a importância de ter um monitoramento mais ativo de casos e fatores de risco para essas condições. De igual modo, **a crise do coronavírus expôs a necessidade de pensar um controle mais estrito de casos confirmados e seus contactantes. As ações a serem pactuadas dependem da doença, mas podem incluir levantamento do índice de infestação por *Aedes aegypt*, mapeamento de sintomáticos respiratórios e inquérito sobre contatos, etc..**

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
----	----	----	----	----	----	-----------	----	----	----



Passos para implementação da proposta

- 1** Realizar bom diagnóstico situacional da saúde municipal (vide pág X deste documento);
- 2** Identificar sobreposições de bases de dados e de processos de coleta e organização destes;
- 3** Priorizar a informatização das unidades de saúde;
- 4** Identificar sistemas e estratégias de captação de dados (de softwares a planilhas) e padronizar os usos e atribuições;
- 5** Avaliar a possibilidade de integração e automatização da extração de dados das bases já existentes;
- 6** Criar capacidade analítica de dados nas equipes de todos os níveis de gestão, por meio de treinamentos, por exemplo;
- 7** Identificar indicadores em comum e necessidades de um sistema de informação para padronizar;
- 8** Identificar responsáveis técnicos nas unidades para capturar e analisar dados;
- 9** Construir rotinas de acompanhamento de dados nos diferentes níveis de gestão;
- 10** Implementar rotina de matriciamento ou oficina sobre uso dos sistemas e indicação dos dados úteis, do nível macro para o micro.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

Desafios políticos e administrativos

Um desafio dessa proposta é a questão da informatização, que é um problema persistente em algumas regiões do país. A gestão municipal deve estar atenta às oportunidades de financiamento oriundas do Governo Federal, bem como a um plano de garantia de infraestrutura mínima, como sinal de internet e espaço físico para instalação de computadores nas unidades.

A proposta exige também mudança de rotina em todos os equipamentos de saúde e nos fluxos de processos decisórios. Outro desafio pode estar na contratação ou mudança

de sistema informacional, o que impõe complexidade operacional e ainda resistência por parte de alguns atores. A concorrência para escolha de sistemas informacionais também pode estar sob grande influência política.

Endereçar essas questões exige um alto grau de compromisso político e de sensibilização dos atores envolvidos. É importante garantir espaços de diálogo com gestores locais e envolver os profissionais da ponta na construção de todas as ferramentas aqui propostas. Encontros e oficinas com metodologias estruturadas podem ser úteis nesse processo.

ESTUDO DE CASO



Rio de Janeiro

A EXPERIÊNCIA DE SEMINÁRIOS DE GESTÃO PARA GARANTIR CICLOS DE RETORNO DE DADOS PARA AS EQUIPES DA PONTA NO RIO DE JANEIRO



No município do Rio de Janeiro, a Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), da Secretaria Municipal de Saúde, apostou em um modelo de seminários de gestão para dar retorno às equipes sobre seu desempenho (com base no painel de indicadores do município) e dar transparência às prestações de conta. A proposta era que as UBS realizassem, além da prestação de contas, uma autoavaliação, apresentando objetivos alcançados (ou não) no último ano, os desafios e gargalos encontrados e as propostas para a melhoria de desempenho. Vários atores participaram destes espaços, que era realizado a intervalos de tempo regulares e definidos: representantes da subsecretaria, gestores e profissionais da saúde, além de representantes das coordenadorias regionais e usuários. Posteriormente, a SMS associou um programa de certificação de qualidade (chamado CRCQ - Certificação de Reconhecimento do Cuidado com Qualidade) a estes seminários de gestão, de modo a reconhecer boas práticas.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Construir uma estratégia de monitoramento, viabilizando a responsabilização e a aprendizagem contínua, torna o sistema mais resolutivo e eleva a produtividade



AÇÃO

- **Instituir sistema de informação com identificador único por indivíduo**

- **Instituir Conjunto Mínimo de Dados (CMD) e painel de controle municipal**

- **Efetivar ciclo de análise de dados, com a informação voltando para a ponta**

- **Implementar plano de monitoramento para doenças de maior interesse sanitário**



MECANISMO/PRODUTO

- Integração de informações de saúde a nível individual
- Redução de sobreposição de trabalho de integração e limpeza dos dados

- Gestão municipal monitora ativamente um rol delimitado de dados padronizados e de fácil acompanhamento

- Profissionais e gestores podem identificar pontos de melhoria e reconhecer intervenções exitosas na rede
- Profissionais entendem importância dos processos de coleta e isso produz novos sentidos no trabalho
- Gestão central se aproxima das dificuldades e desafios da coleta e processamento de dados na ponta

- Gestão consegue identificar, em tempo oportuno, aumento de casos de doenças reemergentes e outras condições de interesse sanitário



RESULTADO

- Gestão consegue acompanhar a trajetória dos usuários no sistema
- Menos tempo é necessário para melhorar a qualidade dos bancos de dados e mais tempo fica disponível para análise e planejamento
- Dados de melhor qualidade disponibilizados de forma mais rápida

- Necessidade e efetividade de intervenções são identificadas de modo rápido
- Atores são corresponsabilizados e engajados nos processos de mudança

- Maior integração e proximidade entre alta gestão e o nível local
- Garantia de um ciclo de análise de dados e planejamento de intervenções de acordo com eles

- Gestão e serviços conseguem planejar e atuar de modo mais preventivo/ de contenção, evitando surtos e sobrecargas no sistema



IMPACTO

- Serviços mais resolutivos
- Aumento da produtividade do sistema de saúde

- Serviços mais resolutivos
- Aumento da produtividade do sistema de saúde

- Cultura organizacional de aprendizado contínuo e de uso de dados é firmada nos serviços e na gestão central
- Serviços mais resolutivos
- Aumento da produtividade do sistema de saúde

- Serviços mais resolutivos
- Redução de incidência de doenças reemergentes e redução de desfechos negativos ligados a elas)

Criar capacidade epidemiológica para o enfrentamento das principais causas de morbidade

A crise do coronavírus mostrou a importância da epidemiologia para as políticas de saúde. Uma estratégia epidemiológica efetiva permite direcionar as ações, desafogar o sistema, melhorar os indicadores gerais de saúde da população, endereçar os determinantes sociais e, por consequência, atender à demanda da população por um sistema de saúde que supra suas necessidades. É também fundamental no combate a epidemias de doenças infecciosas como a Covid-19. O potencial do uso e análise de dados epidemiológicos vem sendo subutilizado na gestão do SUS. A implementação desta proposta possibilita à gestão pública conciliar a oferta e demanda e entregar melhores serviços de saúde para todos.

AÇÕES



- ✓ Garantir acesso a um epidemiologista que apoie a estratégia da secretaria (NIG)
- ✓ Instituir sistema de níveis de alerta para a Covid-19 (NIG)
- ✓ Instituir política de rastreamento de contatos de contatos para a Covid-19 (NIG)
- ✓ Desagregar dados de carga de doença e ligados aos determinantes sociais por território/município (NIG)

QUAIS PROBLEMAS A PROPOSTA RESOLVE?



- ✓ O sistema de saúde é pouco resiliente no enfrentamento às emergências de saúde pública, como ficou evidente na pandemia do novo coronavírus, pois:
 - Não há visão prévia de potenciais crises, seja por falta de dados ou por subutilização dos dados existentes para monitoramento, planejamento e tomada de decisão
 - Há baixa capacidade epidemiológica, ou seja, de inteligência para construir respostas rápidas de contenção e mitigação em caso de crises e/ou emergências de saúde pública
- ✓ O Brasil vem experimentando uma tendência de aumento na mortalidade infantil e materna;
- ✓ Espera-se um aumento de mortalidade por condições crônicas na população negra;
- ✓ O sistema está sob constante pressão por doenças infecciosas e reemergentes, o que poderia ser evitado.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Ações na prática e seus indicadores



Garantir acesso a um epidemiologista que apoie a estratégia da secretaria

Diante da pandemia de Covid-19, muitos municípios se viram sem epidemiologistas em suas equipes. A presença desses profissionais é fundamental para o enfrentamento de uma pandemia gripal como a Covid-19, atuando na construção de estratégias de testagem e na instituição de políticas-chave como a de rastreamento de contatos. O desafio está na concentração desses especialistas nos centros urbanos, e sua relativa escassez: na plataforma LATTES constam apenas cerca de 12,5 mil epidemiologistas no Brasil. Para acessar esses profissionais os municípios podem contratar consultorias específicas, buscar o apoio dos governos estaduais ou mesmo criar consórcios junto a outras cidades para realizarem este tipo de contratação.



Instituir sistema de níveis de alerta para a Covid-19

Os sistemas de níveis de alerta classificam a gravidade de uma pandemia, recomendando quais atividades podem ser mantidas e quais devem ser restritas orientando políticas de resposta. Diante do contexto de incerteza sobre o fim da Covid-19 e da possibilidade de futuras pandemias, os municípios precisam adotar este tipo de prática, que ajuda a gestão a comunicar os níveis de risco sanitário de maneira transparente para a população, incentivando as mudanças comportamentais que precisam ser adotadas para o controle dessa e de outras doenças. A definição clara dos indicadores que serão acompanhados para avaliar o agravamento da pandemia ajuda a orientar a necessidade de interrupção ou retomada de atividades e a definição de outras políticas, como o rastreamento de contatos e a testagem.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Instituir política de rastreamento de contatos

A política de rastreamento de contatos mapeia os contactantes dos casos confirmados de uma doença específica, o que possibilita entender melhor a dinâmica social e territorial da doença e mitigar seu contágio, por meio da constante comunicação e direcionamento dos infectados. Se bem sucedida, tal política permite o controle de endemias antes de chegarem ao nível de transmissão comunitária. Para implementar o rastreamento em larga escala para o controle de doenças que já têm alta prevalência, o município pode agir em coordenação com as equipes de saúde da família e em especial os Agentes Comunitários de Saúde.

INDICADOR: *existem algumas opções, a depender da maturidade dos dados administrativos, mas exemplos seriam a proporção de casos confirmados com contatos rastreados em até 24h ou o percentual de casos confirmados que haviam sido rastreados.*



Desagregar dados de carga de doença e ligados aos determinantes sociais por território/município

Dados epidemiológicos a nível dos municípios geralmente exigem mais esforço de extração nas bases de dados, ou apresentam um grau alto de atraso até que fiquem disponíveis, o que é menos frequente para estados e para o nível nacional. Extrair e disponibilizar para os gestores esses dados exige planejamento, uma vez que existe muita heterogeneidade entre municípios e entre bairros do mesmo município.

Some-se a isso o fato de que somente o dado epidemiológico puro não dá conta de evidenciar a necessidade de ação sobre alguns determinantes específicos. Por exemplo, já se tem evidência de que hipertensão em mulheres jovens está relacionada a situações de abuso e violência e que existe projeção de aumento de mortes por doenças crônicas na população negra. O cruzamento de variáveis permite uma ação mais acurada por parte do poder público, reduzindo problemas da invisibilidade.

INDICADOR: *disponibilização desses dados + painel de monitoramento que inclua a carga de doenças territorializada + dados epidemiológicos do painel com segmentação por variáveis de determinantes sociais das doenças.*

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Passos para implementação da proposta

1

Identificar e descrever as doenças mais frequentes no município

2

Construir plano de contingência, capacitando toda a força de trabalho da saúde no enfrentamento de pandemias;

3

Criar um Comitê Gestor (ou Grupo Condutor) Multiprofissional de Análise de Situação de Saúde;

4

Para cada doença prioritária, institucionalizar um processo de gestão que englobe todos os serviços envolvidos para apoiar processo de gestão em rede com as equipes de saúde para cada doença;

5

Monitorar bimensalmente ou trimestralmente a evolução dos indicadores pré-estabelecidos no Comitê Gestor;

6

A partir do monitoramento, qualificar o cuidado por meio do uso indicadores em oficinas, fóruns, rodas de conversa e espaços de qualificação profissional com periodicidade definida, liderados pela Secretaria e envolvendo ponta, média e alta gestão.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

Desafios políticos e administrativos

Um dos desafios que o gestor pode encontrar na implementação desta proposta é a baixa capacidade da burocracia nas áreas de TI, programação, ciência de dados e epidemiologia. Essas expertises podem ser contratualizadas, se necessário, em uma abordagem mais pontual, mas também por programas de transferência de conhecimento.

Além disso, boa parte dos profissionais envolvidos na implementação dessas mudanças tem formação em saúde, onde há culturas profissionais bem enraizadas e, em geral, pouca intimidade com a manipulação mais profunda de bancos de dados, o que pode gerar alguma resistência.

Não menos importante, alguns indicadores epidemiológicos podem demorar para mostrar resultados mais significativos, o que pode interferir negativamente na comunicação e na motivação dos envolvidos.

ESTUDO DE CASO



REORGANIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UBIRATÃ



A Secretaria Municipal de Saúde de Uiratã, cidade paranaense localizada a 550 quilômetros da capital, reorganizou os critérios para classificação de risco a partir de uma investigação do perfil epidemiológico do município, identificando quais fatores adoeciam e quais garantem saúde às pessoas. Para isso, foram realizadas reuniões populares levantando as sentinelas de risco.

Na metodologia adotada, foi atribuído um valor de risco para cada uma das nove mil famílias da cidade, construindo um índice por quadra, agrupando quadras em blocos. Assim, oito microáreas de risco foram identificadas, permitindo reestruturar o processo de territorialização em um período de dois anos e meio. A partir daí, houve integração dos setores de Vigilância e Atenção Básica e dos agentes de endemias com agentes comunitários de saúde. Essa experiência mostra como é relevante territorializar dados epidemiológicos e socioeconômicos para melhorar a entrega de serviços públicos.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Diadema

INICIATIVA DE RASTREAMENTO EM DIADEMA



Em Diadema, a equipe da saúde vem desenvolvendo estratégias para melhorar o rastreamento e tratamento de sífilis congênita e adquirida. Como parte do plano, foi implantado um protocolo para a equipe de enfermagem, habilitando os profissionais a realizar o teste rápido em gestantes e em situações com maior possibilidade de exposição à sífilis.

Também foram formadas, em todas as unidades básicas de saúde, equipes de aconselhamento para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, HIV e hepatites virais. Houve ainda a implantação do Comitê de Transmissão Vertical e grupos técnicos para potencializar discussões e troca de experiências, além da elaboração e implantação de receituário padronizado para o tratamento da sífilis. As estratégias utilizadas demonstram impactos positivos em curto prazo e com custo relativamente baixo. Isso reforça a importância de articular a vigilância com os serviços de saúde, conectando o uso de dados com estratégias de ação na ponta. Essa experiência pode embasar ações para o combate à pandemia de Covid-19.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Ao criar capacidade epidemiológica, o município consegue mapear necessidades e demandas de saúde de acordo com o perfil da população, garantindo mais efetividade e integralidade dos serviços e possibilitando a avaliação do impacto das políticas adotadas.



AÇÃO

• **Garantir acesso a um epidemiologista que apoie a estratégia da secretaria, instituindo níveis de alerta e política de rastreamento**



MECANISMO/PRODUTO

- Profissionais da saúde capacitados e/ou contratados para atender as demandas de implementação
- Implementação de um Centro de Informações Estratégicas em Saúde
- Reorganizar as regiões de saúde com foco na alocação de profissionais de saúde de acordo com as realidades locais por problemas de saúde
- Rastreamento de contatos para isolar e orientar indivíduos que ampliam cadeias de transmissão
- Estruturação de uma metodologia para adequar as políticas públicas à curva da Covid-19 em nível local



RESULTADO

- Ganho de capacidade analítica da gestão municipal da Saúde
- Implantação de áreas técnicas de Informações Estratégicas em Saúde pactuado com as necessidades sociais em saúde
- Melhoria na qualidade das informações em saúde
- Quebra da cadeia de transmissão do novo coronavírus
- Política de resposta à pandemia ancorada em dados e indicadores objetivos e coerente com a situação da doença em cada município



IMPACTO

- Indicadores de saúde bem definidos
- Organização das redes assistenciais
- Qualificação do cuidado
- Redução do ritmo de contágio do novo coronavírus

• **Desagregar dados da carga global de doenças e dados ligados aos determinantes sociais por município/território**

- Gestão diagnóstica situação de saúde de modo territorializado (imunização, DCNT, arboviroses, acidentes e violência, etc.)

- Definição de indicadores de saúde territoriais
- Elaboração do mapa de determinantes sociais a saúde que interferem nos agravos de saúde e doenças no território

- Redução das desigualdades e morbimortalidades
- Sistema mais resolutivo
- Atendimento humanizado

Garantir equidade no acesso ao direito à saúde e cocriar o sistema com o usuário

A incorporação de usuários e usuárias na construção, operação e gestão dos serviços de saúde resulta em melhorias na qualidade do sistema²⁹. Essas vozes são especialmente importantes para fazer frente às desigualdades nos resultados de saúde da população. A coleta e análise adequadas de dados que apontam iniquidades e a sensibilização dos profissionais para o tema também contribuem para o desenvolvimento de soluções efetivas. No entanto, gerir e cocriar os serviços de saúde com os usuários tem se mostrado difícil de pôr em prática³⁰. A ausência de mecanismos de participação gera consequências graves na eficiência do sistema e nos resultados de saúde da população, com problemas concentrados em recortes específicos (população negra, por exemplo). Esta proposta detalha os meios para que a gestão torne seus serviços mais acessíveis, participativos e menos desiguais.

AÇÕES



- ✓ Criar ouvidorias e espaços para sugestões em todos os equipamentos de saúde (NIG)
- ✓ Ampliar representações dentro dos conselhos, e instituir comunicação direta e regular destes com a administração central (NIG)
- ✓ Implementar conselhos gestores em todas as unidades, independente do nível de atenção (NIG)
- ✓ Instituir Educação Permanente sobre participação social e cogestão na saúde (NIG)
- ✓ Criar programas de qualificação de preenchimento e coleta de dados (NIG)
- ✓ Instituir programa para redução de preconceitos e estereótipos na Saúde (NIG)

QUAIS PROBLEMAS A PROPOSTA RESOLVE?



- ✓ Cuidado desumanizado;
- ✓ Déficit de espaços de vocalização de demandas dos cidadãos em nível local, o que é
- ✓ incompatível, em termos de princípios, com um regime democrático
- ✓ Baixo incentivo para melhoria da qualidade dos serviços/ melhoria de desempenho
- ✓ Desigualdade de acesso e de qualidade dos serviços prestados

²⁹Bombard, Y., Baker, G.R., Orlando, E. et al. (2018)

³⁰Martin, G.P. and Finn, R. (2011)



Ações na prática e seus indicadores



Criar ouvidorias e espaços para sugestões em todos os equipamentos de saúde

Boa parte dos municípios que adotam serviços de ouvidoria o fazem de modo centralizado nas secretarias de saúde. Tal fato negligencia as diferenças entre territórios, cada qual com seu universo de problemas. Criar esses espaços no nível territorial e comunitário aproxima usuários e gestores locais, permitindo que os equipamentos no nível do território melhorem seu desempenho por dois canais: primeiro, por meio do conhecimento específico do contexto local que os usuários possuem. segundo, por meio de um acompanhamento mais próximo dos serviços por parte da população.

INDICADOR: percentual de territórios ou serviços com espaços/ferramentas de escuta e feedback em nível comunitário implementados no município; quantidade de práticas de gestão e assistência modificadas a partir de sugestões e críticas do usuário em cada equipamento ou território.



Ampliar representações dentro dos conselhos e instituir comunicação direta e regular destes com a administração central

Os conselhos de saúde têm potencial para aproximar a política de saúde do usuário. O bom funcionamento destes espaços, no entanto, é frequentemente afetado por desafios de governança, como a captura política por lideranças específicas, a exclusão persistente de alguns grupos do processo decisório e a falta de conexão entre os conselhos e as secretarias - o que também compromete o crédito dessas instâncias junto aos usuários. É preciso garantir um balanço de poder e aumentar a representatividade, incluindo novos atores, como coletivos, movimentos sociais e associações de usuários (por exemplo: coletivos de mães, associações de diabéticos, etc.). Além disso, convém que os conselheiros tenham abertura (espaço de agenda) com a gestão central de modo regular, garantindo possibilidade de acompanhamento das deliberações e espaços de escuta para novas demandas³¹.

³¹Tendler, J. (1997)

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

Implementar conselhos gestores em todas as unidades, independente do nível de atenção

Muitas unidades de saúde ainda não dispõem de conselhos gestores. A evidência mostra que a criação de espaços de gestão que acolhem a diversidade de atores da saúde (ou seja, profissionais, gestores e usuários) gera uma maior colaboração, profissionalismo e comprometimento na força de trabalho da saúde e também nos beneficiários do sistema, em virtude de gatilhos disparados pela experiência de cada um³².

INDICADOR: número de equipamentos geridos pelo município com conselho gestor implementado.

Instituir Educação Permanente sobre participação social e cogestão na saúde

A Educação Permanente (EP) é uma importante ferramenta de revisão crítica das práticas cotidianas. Muitos profissionais, bem como gestores e os próprios usuários do SUS não têm plena compreensão dos objetivos e diferenciais da cogestão e da participação social. Logo, os espaços de EP podem ajudar a desenvolver diferentes grupos de pessoas para a efetivação da equidade e da participação social. Além disso, o uso de programas intersetoriais como o PSE pode ser um veículo para a incorporação desses conteúdos na Educação Básica.

INDICADOR: número de ações de EP dentro do tema realizadas por unidade e/ou por escola + feedback de avaliação qualitativa dos envolvidos.

³²Bate P, Robert G. (2007)

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

→ Criar programas de qualificação de preenchimento e coleta de dados

A despeito de o SUS dispor de boas fichas e formulários para coleta de dados, alguns dados que seriam cruciais para trabalhar a perspectiva da equidade apresentam grandes problemas de preenchimento, como é o caso do quesito raça/cor. Programas de certificação motivam os serviços a superar esse problema, o que qualifica o dado e permite uma ação efetiva para reduzir desigualdades.

INDICADOR: *percentual de serviços considerados adequados no programa (meta a pactuar).*

→ Instituir programa para redução de preconceitos e estereótipos na Saúde

A carga moral e os preconceitos estruturais podem influenciar desde o acesso de usuários e usuárias aos serviços até a qualidade do serviço final prestado, comprometendo a relação profissional-usuário, a construção de vínculo e até a adesão ao cuidado/tratamento. Um bom exemplo é a atenção pré-natal, que tem qualidade significativamente inferior para mulheres pretas e pardas, em comparação com brancas³³. Oficinas e vivências com os profissionais são ferramentas úteis para reduzir a reprodução de preconceitos e juízos de valor e, portanto, impedir que esses fatores penetrem no campo do cuidado em saúde e prejudiquem a qualidade da Assistência e seus resultados³⁴.

INDICADOR: *percentual de profissionais atuantes na rede que passaram pela vivência e sensibilização para esse tema.*

³³ Leal, M.C. et al. (2017).

³⁴ Alguns exemplos de iniciativas exitosas dessa natureza são: VERSUS, os grupos de ouvidores de vozes no âmbito da saúde mental, a formação de jovens lideranças na resposta e controle do HIV/AIDS, dentre outras. Para relatos mais detalhados: Kantorski, L.P. et al. (2017) e Lorena, A. G.; et al. (2016)

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Passos para implementação da proposta

1

Reunir lideranças dos serviços para sensibilizar sobre a cogestão e a participação social como ferramentas de melhoria de gestão do sistema, garantindo apoio organizacional e político à pauta;

2

Garantir autorizações para a implementação (alocação de tempo, facilitadores, etc.), bem como oferecer suporte institucional à média gestão durante o processo de implementação – acompanhando e cobrando resultados;

3

Auditar e monitorar funcionamento dessas instâncias (frequência de reunião, fluxo de mudança adotado pela gestão local, etc.);

4

Garantir espaço de fala para usuários integrantes dessas instâncias;

5

Mapear profissionais ou instituições parceiras (universidades, etc.) que possam ajudar a multiplicar a capacidade de realização de atividades de Educação Permanente;

6

Incluir indicadores de monitoramento de ações de participação social e equidade no painel de dados de desempenho da saúde do município.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

Desafios políticos e administrativos

A participação de cidadãos envolve uma série de desafios políticos.

Primeiro, a formação de profissionais de saúde e gestores não abraça essa temática e, na perspectiva dos usuários, tampouco há clareza sobre a função da participação dentro do sistema.

Toda ação efetiva de participação envolve uma reorganização de forças entre setores e das clivagens políticas que estão no entorno da provisão de serviços de saúde, o que tende a

gerar resistência por parte do status quo. Para enfrentar este desafio o gestor municipal deve combinar técnica e política. Do lado da técnica, é preciso sensibilizar paulatina e constantemente trabalhadores, cidadãos e demais gestores sobre a importância e benefícios da participação. Do lado da política, é preciso usar da liderança para garantir que a média gestão institua espaços de participação e esteja disposta a compartilhar o poder decisório nesses espaços.

ESTUDO DE CASO



Apicás

UMA EXPERIÊNCIA DE PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO EM APIACÁS



Em Apicás, município mato-grossense com aproximadamente 10 mil habitantes, os gestores decidiram desenvolver ações de planejamento participativo, envolvendo usuários, gestão, Atenção Primária à Saúde, Hospitalar, Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf), Unidade Descentralizada de Reabilitação (UDR) e Vigilância em Saúde, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde.

O planejamento participativo com avaliações quadrimestrais, ampliou o número de Equipes de Saúde da Família, investindo na qualificação profissional. A partir disso, foi possível aumentar a cobertura de exames laboratoriais, revisar e ampliar a Relação Municipal de Medicamentos (Remume).

Após implantado o planejamento, o município passou a apresentar resultados satisfatórios nos indicadores do SISPACTO: redução na mortalidade infantil (de 4 para 1 óbito); aumento nas coberturas da Atenção Básica (de 76% para 100%); elevação proporcional de parto normal (de 40% para 52,8%); aumento da cobertura vacinal (de 75% para 100%); e redução no número de óbitos prematuros pelo conjunto das principais Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT (de 7 para 3).

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Cocriar o sistema de saúde possibilita que a pressão e informação dos usuários gerem serviços mais efetivos e reduzam desigualdades no acesso à saúde



AÇÃO

- **Criar ouvidorias e espaços para sugestões em todos os equipamentos de saúde**



MECANISMO/PRODUTO

- Usuários fazem sugestões e críticas ao sistema



RESULTADO

- Reclamações do usuário geram pressão sobre a administração
- Comentários dos usuários geram novas informações que ajudam a melhorar os serviços



IMPACTO

- Atendimento mais humanizado
- Sistema mais resolutivo
- Melhores resultados de saúde

- **Tornar conselhos existentes mais democráticos e ampliar diálogo com a administração**
- **Ampliar representações dentro dos conselhos, e instituir comunicação direta e regular destes com a administração central**

- Usuários participam das deliberações cotidianas dos serviços, para além de dar opinião sobre eventos negativos e positivos pontuais
- Ganhos na diversidade dos usuários envolvidos, trazendo pautas mais amplas e potencialmente mais representativas

- Administração compartilha informações e decisões com os usuários de modo rotineiro e contínuo
- Usuários podem acompanhar/ contribuir no monitoramento de intervenções ao longo do tempo
- Dimensão pedagógica e de sensibilização dos atores por meio do compartilhamento da experiência de cada um

- Atendimento mais humanizado
- Sistema mais resolutivo
- Melhores resultados de saúde

- **Instituir Educação Permanente sobre participação social e cogestão na saúde**

- Profissionais têm a oportunidade de refletir sobre suas práticas, reduzindo carga de estereótipos e preconceitos e ampliando a habilidade de cogestão do cuidado/serviços com o usuário
- Usuários passam a conhecer melhor as potencialidades e os modos de participar na condução das políticas e ações de saúde

- Redução da carga de preconceitos nas práticas cotidianas da Saúde
- Ampliação do número de usuários com grande apropriação e capacidade de vocalização nas instâncias de cogestão

- Consolidação da participação e controle social como valores do SUS
- Aumento da representatividade nas instâncias de participação
- Atendimento mais humanizado
- Sistema mais resolutivo

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

• Criar Programas de qualificação da coleta de dados

- Instrumentos de coleta de dados melhor preenchidos
- Dados melhores

- Evidenciação de desigualdades de acesso e de qualidade de serviço prestado em grupos populacionais específicos
- Maior confiabilidade de todos os dados

- Sistema mais resolutivo
- Melhores resultados de saúde
- Redução de desigualdades históricas na Saúde

• Instituir programa para redução de preconceitos e estereótipos na Saúde

- Profissionais são sensibilizados para as questões da reprodução de preconceitos e estereótipos em práticas cotidianas

- Reflexão sobre a prática cria novas práticas e novos sentidos para o trabalho em Saúde

- Redução de barreiras de acesso
 - Melhoria na equidade
-

Instituir política de Promoção de Saúde

A saúde vai além da assistência diante de doenças. Muitas das ações de maior impacto no sistema estão fora do fluxo assistencial. A promoção de saúde pode ter um impacto fundamental na mitigação de fatores de risco de doenças infecciosas e doenças crônicas, possibilitando a redução da prevalência dos principais fatores de risco: alimentação, sedentarismo, álcool e tabaco.

AÇÕES



- ✓ Implementar uma agenda legislativa para a Promoção da Saúde (NIG)
- ✓ Fortalecer a comunicação estratégica em Saúde Pública (NIG)
- ✓ Implementar programas de redução de consumo de sódio (NIG)
- ✓ Garantir o respeito aos ambientes livres de fumo (NIG)
- ✓ Implementar cozinhas comunitárias em parceria com as UBS (IG)
- ✓ Implementar programa de incentivo à prática de atividade física (NIG)
- ✓ Reduzir as velocidades máximas nas vias urbanas (IG)
- ✓ Instituir um programa amplo de Promoção de Saúde municipal (NIG)

QUAIS PROBLEMAS A PROPOSTA RESOLVE?



Essa proposta endereça os seguintes desafios impostos ao sistema de saúde:

- ✓ Alta mortalidade da população acima dos 40 anos por condições crônicas, sobretudo doenças cardiovasculares
- ✓ As ações de promoção atuais são, geralmente, incipientes e pouco balanceadas nas intervenções comportamentais e ambientais (tendem a se concentrar nas primeiras)
- ✓ O conceito de Promoção da Saúde não é claro para todos os profissionais e gestores

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Ações na prática e seus indicadores



Implementar uma agenda legislativa para a Promoção da Saúde

Comportamentos individuais são relevantes para evitar doenças crônicas, mas existe uma outra dimensão importante: o controle de ambientes. Sendo assim, é preciso pensar em uma agenda legislativa municipal que incida sobre esses espaços.

É ESTRATÉGICO PENSAR NOS SEGUINTE EIXOS, DENTRE OUTROS:

- Proibição de distribuição e venda de alimentos ultraprocessados em escolas públicas ou privadas;
- Proibição de exposição de alimentos ultraprocessados em altura inferior a 1 metro no comércio de varejo e atacado;
- Mecanismos de incentivo à implementação de Salas de Apoio à Amamentação nos espaços de trabalho;
- Restrição de venda de álcool em grandes eventos e locais de muita aglomeração.



Fortalecer a comunicação estratégica em Saúde Pública

Possibilitar a execução de estratégias de comunicação para promoção da saúde de forma sistemática, com base em dados e evidências técnicas e científicas, incluindo campanhas de mídia de massa, assegurando recursos para sua concepção, produção, veiculação e avaliação. Todas as atividades de comunicação realizadas precisam de indicadores objetivos, que permitam uma análise clara de eficácia da estratégia adotada e eventuais ajustes para ações futuras, incluindo estudos de teste de mensagem e pesquisas de avaliação pós-campanha que permitam identificar, em um primeiro momento, as mensagens/conceitos com maior probabilidade de modificação de comportamentos prejudiciais à saúde e, depois, compreender se o impacto pretendido na população foi atingido e oferecendo novos indicadores para futuras estratégias de comunicação.

→ Implementar programas de redução de consumo de sódio

O consumo elevado de sódio influencia no desenvolvimento e no agravamento da hipertensão arterial^{35,36}, que, por sua vez, é a condição crônica mais prevalente na população adulta no país³⁷. Por isso, a importância de criar incentivos para que estabelecimentos que vendem e preparam alimentos reduzam o uso de sal, bem como reconhecer boas práticas nesse sentido.

Existem dois eixos de atuação para redução da ingestão de sódio: o primeiro é o estímulo ao consumo de alimentos in natura e minimamente processados; e o segundo é a regulação, comunicação, treinamento e sensibilização de manipuladores de alimentos para que se use menos sal nas preparações. Cursos para cozinheiros e cozinheiras e donos de restaurantes e bares são uma alternativa, bem como normativas que restrinjam a disponibilidade de sal em estabelecimentos.

→ Garantir o respeito aos ambientes livres de fumo

O fumo passivo em ambientes fechados é responsável por uma série de mortes evitáveis³⁸. Nesse sentido, e com vistas a prevenir doenças derivadas da prática, o fumo em locais coletivos fechados é proibido pela Lei Federal 12.546 de 2011. O consumo de produtos de tabaco em fumódromos também não é permitido³⁹. Cabem aos municípios ações de vigilância sanitária para coibir tabagismo nos locais definidos por lei. Endurecer a fiscalização dessas medidas, sobretudo em bares, restaurantes e outros locais de uso coletivo, contribui para a manutenção de ambientes mais saudáveis.

→ Implementar cozinhas comunitárias, em parceria com as UBS

O consumo de alimentos processados e, sobretudo, ultraprocessados está ligado ao desenvolvimento de doenças crônicas. O Guia Alimentar para a População Brasileira recomenda privilegiar a alimentação in natura e minimamente processada, mas isso se torna um desafio nos locais onde o acesso a esse tipo de alimento é mais difícil. Nesse cenário, as cozinhas comunitárias surgem como alternativas para a realização de ações coletivas para valorização da alimentação saudável. Por exemplo, a equipe de saúde pode aproveitar esse espaço para fazer oficinas de receitas saudáveis para gestantes, doentes crônicos e para os usuários da unidade em geral.

³⁵ He FJ, Li J, Macgregor GA. (2013)

³⁶ Mente A, O'Donnell MJ, Rangarajan S, et al. (2014)

³⁷ https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/11/PJSSaudeAmanha_Texto0022_2016_v05.pdf

³⁸ IARC (1987).

³⁹ Guia para o Profissional do SNVS - Controle de Produtos Derivados do Tabaco - ENSP FIOCRUZ. <http://portal.anvisa.gov.br/documents/106510/106594/Guia+para+o+profissional+do+SNVS+--+Controle+de+produtos+derivados+do+tabaco/5028297a-e473-b6e0-693cb79a46e6>

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

→ Implementar programa de incentivo à prática de atividade física

Outro pilar da Promoção da Saúde é a prática de exercícios físicos. Os municípios podem recorrer ao financiamento federal para a implantação do Programa Academia da Saúde, mas essa ação deve se somar a incentivos para o uso de áreas ao ar livre do município para esse fim. Por exemplo, equipes de saúde e Núcleos Ampliados de apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF) podem realizar ações regulares em espaços públicos, mobilizando todo o território. A prefeitura também pode instituir um calendário mensal de combate ao sedentarismo, mobilizando a população via redes sociais ou outros canais de comunicação. Ademais, deslocamentos diários a pé e de bicicleta são uma oportunidade para a prática de exercícios⁴⁰. Cabe à gestão municipal garantir infraestrutura segura e confortável para que isso seja possível (ciclovias, calçadas largas, etc.).

→ Reduzir as velocidades máximas nas vias urbanas

A velocidade excessiva é fator de risco de lesões causadas pelo trânsito. Uma redução de 5% na velocidade média pode resultar em uma redução de 30% no número de mortes no trânsito⁴¹. Por isso, a Organização Mundial da Saúde recomenda que a velocidade máxima nas vias urbanas em geral seja de 50km/h e 30km/h nas zonas residenciais e nos locais em que se misturam um grande fluxo de pedestres e/ou ciclistas e veículos. Além disso, é importante não apenas estabelecer os limites de velocidade, mas também informar os condutores ao sinalizar os limites de velocidade legais e zelar pelo seu cumprimento. A gestão da velocidade reduz mortes e lesões no trânsito e também impacta na qualidade do ar e poluição sonora, na melhoria do ambiente e na conexão entre comunidades.

⁴⁰ Por exemplo, De acordo com um estudo do CEBRAP, se o potencial ciclável fosse atingido na cidade de São Paulo, haveria uma economia de 13% dos gastos no SUS com doenças cardiovasculares. Disponível em: <https://cebrap.org.br/wp-content/uploads/2017/05/Impacto-Social-Uso-Bicicleta-SP.pdf>

⁴¹ <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34980/9789275320013-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Instituir um programa de Promoção de Saúde municipal, englobando secretaria e equipamentos de saúde

O conceito de Promoção da Saúde assume interpretações diversas^{42,43} entre profissionais, o que pode resultar em uma quantidade menor de ações de promoção sendo realizadas ou, ainda, em ações de escopo reduzido, com foco em usuários já em processo de adoecimento ou ligadas a doenças específicas. É preciso criar uma visão compartilhada entre gestão e ponta sobre a ampliação das ações de Promoção. Ações de Educação Permanente e transmissão de conhecimento sobre o tema são imperiosas para mudar e ampliar o escopo de prática e ferramentas/ modelos de gestão no âmbito da Promoção.

INDICADOR: *proporção de equipes da rede de atenção à saúde e das secretarias treinadas /sensibilizadas + plano municipal elaborado*

⁴²Rodrigues, Carol Cardoso, & Ribeiro, Kátia Suely Queiroz Silva. (2012).

⁴³Sasaki, A. K.; Ribeiro, M. P. D. S. (2013)

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Passos para implementação da proposta

1

Analisar a carga de doenças crônicas e a prevalência de fatores de risco na população do município para definir conjunto de ações de promoção a serem implementadas;

2

Definir os temas e públicos-alvo para o planejamento das ações de comunicação estratégica em Saúde Pública;

3

Promover estudo de externalidades negativas e positivas das ações sobre setores específicos;

4

Incluir métricas de Promoção de Saúde no painel de controle municipal (conforme proposta);

5

Instituir política de promoção do município e sensibilização de toda a cadeia assistencial e de gestão em torno da política;

6

Abrir diálogo com o setor de bares, restaurantes e varejo de alimentos para construção de parcerias que permitam uma implementação ampla das medidas;

7

Realizar estudo sobre vias do perímetro urbano para planejamento das medidas para redução de velocidade e fiscalização;

8

Articular com o poder legislativo para apresentação de projetos de lei de Promoção da Saúde.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

Desafios políticos e administrativos

Um dos maiores desafios dessa proposta é o potencial conflito com grupos de interesse, como indústria de alimentos e de bebida alcoólica, e com comerciantes que vendem seus produtos. Um amplo diálogo com a sociedade civil e o uso de instrumentos de consulta pública e de sensibilização dos cidadãos, contando com a atuação das equipes de saúde e dos times de gestão pode ajudar na construção de consensos que tornem as medidas politicamente factíveis. É importante, ainda, sensibilizar por meio de ações diretas e campanhas de comunicação a sociedade e os comerciantes com dados que revertam a percepção negativa

de tais medidas sobre os indivíduos e setores econômicos específicos.

Ademais, existe a questão da resistência de burocratas de nível de rua, pois, na rotina atribulada de trabalho, algo como a Promoção tende a não ser prioridade – especialmente porque os frutos são colhidos em longo prazo. O diálogo com a ponta é, portanto, um fator-chave para vencer essa resistência e a incorporação de métricas de Promoção no painel de controle e rodadas de análise tem função pedagógica que pode ajudar a dar mais sentido e concentrar mais esforço no trabalho relacionado à Promoção.

ESTUDO DE CASO



PROJETO “APETITE POR SAÚDE”, EM DOURADOS/MS



O projeto, que visava a promover a perda de peso e prevenir doenças crônicas não-transmissíveis, consistiu de uma ação coordenada entre os Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e de equipe de Saúde da Família. O modelo de trabalho era a realização de grupos, pensados e organizados por meio de reuniões de matriciamento entre as duas equipes e com base em um levantamento de dados da situação de saúde do território (usando dados do SIAB e SISVAN).

Uma vez colhidos os dados e feito o planejamento metodológico das atividades em grupo, foi feita articulação com outros equipamentos e atores do território, viabilizando espaço físico e parceria para realização das atividades. A duração do programa era de 15 semanas e os usuários que manifestassem interesse em participar passavam por exames de rotina antes e após a conclusão das atividades, para acompanhamento de marcadores de risco. Dentre os temas abordados, estavam a Alimentação Saudável, prática de atividade física, controle de ansiedade, problemas emocionais ligados à alimentação e orientações odontológicas.

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10



Uma política de Promoção da Saúde ajuda a manter a sustentabilidade de recursos do SUS e impacta positivamente a saúde da população



AÇÃO



MECANISMO/PRODUTO



RESULTADO



IMPACTO

- Implementar uma agenda legislativa para a Promoção da Saúde
- Reforçar ações e estruturas para promover a alimentação saudável nas escolas

- Leis reduzem acesso a alimentos e bebidas não saudáveis em ambientes específicos
- Município garante destino de recursos próprios e federais para melhorar e fazer cumprir diretrizes do PNAE

- Redução do consumo desses produtos e consequente redução de ingestão de nutrientes ligados ao desenvolvimento de doenças crônicas

- Situação de Saúde da população melhora
- Sistema de saúde menos sobrecarregado

- Implementar programas de redução de consumo de sódio

- Restrição de acesso e uso indiscriminado de sal e produtos com alto teor de sódio na preparação de alimentos nos estabelecimentos

- Redução global do consumo de sódio na população que frequenta esses estabelecimentos
- Melhora de controle de hipertensão

- Situação de Saúde da população melhora
- Sistema de saúde menos sobrecarregado

- Garantir o respeito aos ambientes livres de fumo

- Gestão faz valer restrições e pune aqueles estabelecimentos que infringem as normas

- Desencorajamento da transgressão das normas
- Menos exposição a riscos ambientais para a população como um todo em ambientes públicos

- Situação de Saúde da população melhora
- Sistema de saúde menos sobrecarregado

- Implementar cozinhas comunitárias, em parceria com as UBS

- População conhece opções mais saudáveis para se alimentar no dia a dia, tendo respeitada a sua cultura

- Melhora da composição geral da dieta da população assistida
- Melhor controle de doenças crônicas como hipertensão e diabetes

- Situação de Saúde da população melhora
- Sistema de saúde menos sobrecarregado

- Implementar programa de incentivo à prática de atividade física

- Mais usuários são mobilizados para a prática de atividades físicas

- Melhoria de controle de doenças crônicas como hipertensão e diabetes
- Redução dos riscos à saúde ligados ao sedentarismo

- Situação de Saúde da população melhora
- Sistema de saúde menos sobrecarregado

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

• Reduzir as velocidades máximas nas vias urbanas

• Órgãos competentes determinam velocidades mais baixas para as vias e instituem mecanismos de fiscalização e multa

• Redução de acidentes e mortes no trânsito

• Redução de mortalidade por causas evitáveis (causas externas)
• Redução dos custos de internação por acidentes de trânsito
• Redução da sobrecarga do sistema de saúde (sobretudo serviços de urgência e emergência)

• Instituir um programa amplo de Promoção de Saúde municipal

• Profissionais e gestores se apropriam do conceito de Promoção, das atividades que podem ser feitas dentro de seu escopo e de como elas serão medidas e monitoradas

• Mais ações de Promoção acontecendo na ponta, atingindo mais usuários
• Aprendizagem a nível do sistema de quais intervenções de promoção funcionam melhor e em que contexto

• Situação de Saúde da população melhora
• Sistema de saúde menos sobrecarregado
• Construção de uma cultura de Promoção de Saúde

referências



Referências

DIAGNÓSTICO

Rache, B., Nunes, L., R. Rocha (2020). Evolução Recente e Perfil Atual da Mortalidade no Brasil: Uma Análise da Heterogeneidade entre Municípios. Nota Técnica n.1. IEPS: São Paulo.

Castro, M.C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N.A., Andrade, M.V., de Souza Noronha, K.V.M., Rocha, R., Macinko, J., Hone, T., Tasca, R. and Giovanella, L., 2019. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, 394(10195), pp.345-356.

Victora, C.G., Aquino, E.M., do Carmo Leal, M., Monteiro, C.A., Barros, F.C. and Szwarzwald, C.L., 2011. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*, 377(9780), pp.1863-1876.

Victora, C.G., Barreto, M.L., do Carmo Leal, M., Monteiro, C.A., Schmidt, M.I., Paim, J., Bastos, F.I., Almeida, C., Bahia, L., Travassos, C. and Reichenheim, M., 2011. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *The Lancet*, 377(9782), pp.2042-2053.

Barreto, M.L., Teixeira, M.G., Bastos, F.I., Ximenes, R.A., Barata, R.B. and Rodrigues, L.C., 2011. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *The Lancet*, 377(9780), pp.1877-1889.

Schmidt, M.I., Duncan, B.B., e Silva, G.A., Menezes, A.M., Monteiro, C.A., Barreto, S.M., Chor, D. and Menezes, P.R., 2011. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, 377(9781), pp.1949-1961.

Cerqueira, Daniel, Samira Bueno, Renato Sergio de Lima, Neme Cristina, Ferreira Helder, Alves Paloma Palmieri, Marques David et al. "Atlas da violência 2019." (2019).

<http://idsus.saude.gov.br/ficha19s.html>

Scheffer, M., (2018) Demografia médica no Brasil.

Sousa, A., Tandon, A., Dal Poz, M.R., Prasad, A. and Evans, D.B., (2006) 'Measuring the efficiency of human resources for health for attaining health outcomes across subnational units in Brazil', Background paper prepared for the World Health Report.

Fehn, A., Nunes, L., Aguillar, A., Dal Poz, M. (2020) 'Vulnerabilidade e Déficit de Profissionais de Saúde no Enfrentamento da Covid-19'. Nota Técnica n.10. IEPS: São Paulo.

PROPOSTAS

Massuda, A. e Campos, G.W.S 'Inovações nas práticas de gestão do SUS: desafios para reduzir desigualdades em Saúde'. In: Mello, J. et al. (orgs.) Implementação de Políticas e atuação de gestores públicos, 2020. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9875/1/Implement_politicas_Cap3.pdf (acesso em agosto 2020)

Beltrame, S.M, Oliveira, A.E, Santos, M.A.B, e Santos Neto, E.T. (2019) 'Absentismo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde', *Saúde em Debate*, 43(123), pp. 1015-1030.

Conselho Federal de Medicina (2018) Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área de saúde. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/datafolha_sus_cfm2018.pdf .

Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (2016) 'Perdas primárias e secundárias de consultas especializadas de um complexo hospitalar público municipal', disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/biblioteca/trabalhos/Curso_Gestao_Saude_2016_2017/Stefane_CHPEO.pdf, (acesso em agosto 2020)

Soranz, D., Pinto, L.F, e Penna, G.O (2016) 'Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil', *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), pp. 1327-1338.

Bhalotra, S.R.; Rocha, R.; Soares, R.R. (2019) 'Does Universalization of Healthwork? Evidence from Health Systems Restructuring and Expansion in Brazil', IZA Discussion Papers, No. 12111, Institute of Labor Economics (IZA), Bonn. Disponível em: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/193405/1/dp12111.pdf> (acesso em agosto 2020)

Tasca, R., Massuda, A., Carvalho, W. M., Buchweitz, C., & Harzheim, E. (2020) 'Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil', *Pan American journal of public health*, 44, e4. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>

Grossman-Kahn, R., Schoen, J., Mallett, J. W., Brentani, A., Kaselitz, E., & Heisler, M. (2018) 'Challenges facing community health workers in Brazil's Family Health Strategy: A qualitative study', *The International journal of health planning and management*, 33(2), pp. 309-320.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (ano) 'Métodos e conceitos para o cálculo do Índice de Vulnerabilidade Social com base nas PNADs e desagregações. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180426_RI_metodos_e_conceitos.pdf

Dror, Y. (1999) A Capacidade para Governar. São Paulo, Fundap.

Longo, F. Mérito e Flexibilidade (2007) 'A Gestão das Pessoas no Setor Público', Edições Fundap, São Paulo.

Dror, Y. (1997) 'O Administrador Público Tipo Delta para o Século XXI', *Revista do Serviço Público*, ano 48, no. 2.

Cunha, C.R.H, Harzheim, E., Medeiros, O.L, D'Avila, O.P, Martins, C., Wollmann, L., e Faller, L.A. (2020) 'Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil', *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), pp. 1313-1326.

Salazar, B.A, Campos, M.R. e Luiza, V.L. (2017) 'A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil', *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (3), pp. 783-796.

Ministério da Saúde (2020) 'Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais da saúde e gestores'. Brasília, Brasil. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf

Ministério da Saúde (2020) 'Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais da saúde e gestores' (versão resumida). Brasília, Brasil. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_resumida.pdf

Ministério da Saúde (2020) 'Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão população'. Brasília, Brasil. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_populacao.pdf

OMS (2008) Guidelines: Incentives for Health Professionals. Disponível em: https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/38_1.pdf?ua=1 (acesso em agosto 2020)

Rwanda, De Walque and Gertler (2015) and Gertler & Vermeersch (2012)

Ashraf, N., Bandiera, O., & Lee, S. S. (2014); Brock, J. M., Lange, A., & Leonard, K. L. (2014)

Tendler, J. (1997). Good government in the tropics. Johns Hopkins University Press.

Batista, K.B.C. e Gonçalves, O.S.J. (2011) 'Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado', *Saúde e Sociedade*, 20(4), pp. 884-899.

Tanaka, O. Y. et al.(1999) 'Formação de gestores locais de saúde: processos para identificar estratégias de atuação', *Revista de Saúde Pública*, 33(3), pp. 219-229.

Chedy, B.B. e Muniz, E.A. (2017) 'A educação permanente como ferramenta de transformação na assistência em saúde mental de um centro de Saúde da Família', *Saúde em Redes*, 3(3), pp.284-292. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.v3n3p284-292>

Martin, G.P. and Finn, R. (2011) Patients as team members: opportunities, challenges and paradoxes of including patients in multi-professional healthcare teams, *Sociology of Health & Illness*, 33, pp. 1050-1065.

Bombard, Y., Baker, G.R., Orlando, E. et al. (2018) 'Engaging patients to improve quality of care: a systematic review', *Implementation Science*, 13, pp. 98.

Tendler, J. (1997). Good government in the tropics. Johns Hopkins University Press.

Bate P, Robert G. (2007) Bringing user experience to health care improvement: the concepts, methods and practices of experience-based design. Oxford: Radcliffe Publishing

Leal, M. C., Gama, S. G. N., Pereira, A.P.E., Pacheco, V. E., Carmo, C.N., & Santos, R.V. (2017) 'A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil', *Cadernos de Saúde Pública*, 33 (Suppl. 1), e00078816.

Kantorski, L.P. et al. (2017) 'Grupos de ouvidores de vozes: estratégias e enfrentamentos', *Saúde Debate*, 41, 115, pp. 1143-1155.

Lorena, A. G., Vinhas, B. C. V., Rosa, E. H., Morales Junior, R., Conceição, M. R., Akerman, M. 'O VER-SUS como dispositivo de diálogo na formação em saúde e nos serviços de saúde: Conectando saberes e práticas'. VER-SUS Vol. 2. Múltiplos cenários do VER-SUS: Vivências e Estágios de Norte a Sul do Brasil. 1ed.Porto Alegre: Rede Unida, 2016, v. 2, p. 88-92.

Simões, P.P. et al. (2016) 'Expansão da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro em 2010: o desafio do acesso e a completude das equipes de saúde da família', *Revista HUPE*, 15(3), pp. 200-208.

World Health Organization. Primary Health Care. Genebra, WHO, 1978

He, F.J., Li, J., Macgregor, G.A. (2013) 'Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD004937.

Mente, A., O'Donnell, M.J., Rangarajan, S., et al. (2014) 'Association of urinary sodium and potassium excretion with blood pressure', *New England Journal of Medicine*, 371(7), pp. 601-611.

Boccolini, C.S. (2016) 'Morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação atual e futura', Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/11/PJSSaudeAmanha_Texto0022_2016_v05.pdf (acesso agosto 2020)

IARC (1987) 'Environmental carcinogens methods of analysis and exposure measurement', Passive Smoking. Vol 9, Scientific Publications n. 31, International Agency of Research in Cancer. Lyon, France.

Fundação Oswaldo Cruz (ano) 'Guia para o Profissional do SNVS - Controle de Produtos Derivados do Tabaco'. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/106510/106594/Guia+para+o+profissional+do+SNVS++Controle+de+produtos+derivados+do+tabaco/5028297a-e473-4e72-b6e0-693cb79a46e6>

OPAS, Relatório "Alimentos e bebidas ultraprocessados na América Latina: tendências, efeitos na obesidade e implicações para políticas públicas" <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34918/9789275718643-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável (2020) 'Carta com Propostas para Candidaturas Municipais.' Disponível em: <https://alimentacaosaudavel.org.br/blog/alianca-pela-alimentacao-adequada-e-saudavel-lanca-carta-com-propostas-para-candidaturas-2020/8340/>

Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (2018) 'Impacto social do uso da bicicleta em São Paulo. Disponível em: (<https://cebrap.org.br/wp-content/uploads/2017/05/Impacto-Social-Uso-Bicicleta-SP.pdf>)

Organização Pan-americana de Saúde (2017) 'Salvar VIDAS - Pacote de medidas técnicas para a segurança no trânsito'. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34980/9789275320013-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rodrigues, C.C., e Ribeiro, K.S.Q.S. (2012) 'Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família', Trabalho, Educação e Saúde, 10(2), pp. 235-255.

Sasaki, A. K.; Ribeiro, M. P. D. S. (2013) 'Percepção e prática da promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil', Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade, 28(8), pp. 155-163.

