

CONTRIBUIÇÕES
PARA A
AVALIAÇÃO DA
EFETIVIDADE DA
PLANIFICAÇÃO
DA ATENÇÃO À
SAÚDE

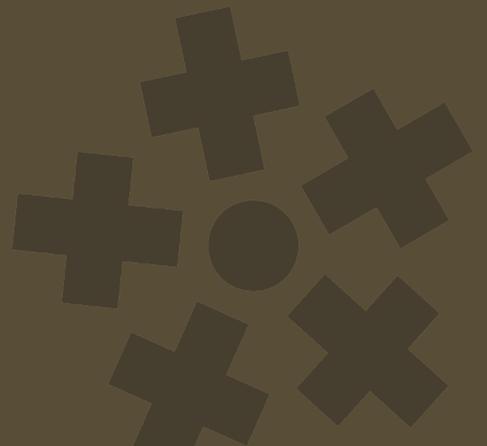


CONTRIBUIÇÕES
PARA A AVALIAÇÃO
DA EFETIVIDADE DA
PLANIFICAÇÃO DA
ATENÇÃO À SAÚDE

39

CONASS documenta

Brasília, 2021 | 1ª edição



© 2021 – 1.^a edição - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citadas a fonte e a autoria.

TIRAGEM: 500 exemplares

CONASS DOCUMENTA n. 39
Brasília, setembro de 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Setor Comercial Sul, Quadra 9, Torre C, Sala 1105
Edifício Parque Cidade Corporate
CEP: 70.308-200
Brasília/DF – Brasil

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

C764 Contribuições para a avaliação da efetividade da planificação da atenção à saúde / Organizadores Maria José Evangelista, Eronildo Felisberto. – Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021.
19 x 24,5 cm – (Conass Documenta; v. 39)

Inclui bibliografia
ISBN 978-65-88631-16-4

1. Atenção primária. 2. Sistema Único de Saúde – Brasil.
3. Saúde pública. I. Evangelista, Maria José. II. Felisberto, Eronildo.
CDD 614

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC	Muana Araújo	PB	Geraldo Antônio de Medeiros
AL	Alexandre Ayres	PE	André Longo
AM	Anoar Samad	PI	Florentino Alves Veras Neto
AP	Juan Mendes da Silva	PR	Beto Preto
BA	Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho	RJ	Alexandre Chiepp
CE	Marcos Antônio Gadelha	RN	Cipriano Maia
DF	Manoel Luiz Narvaz Pafiadache	RO	Fernando Rodrigues Máximo
ES	Nésio Fernandes de Medeiros Junior	RR	Leocádio Vasconcelos
GO	Ismael Alexandrino Júnior	RS	Arita Gilda Hübner Bergmann
MA	Carlos Eduardo de Oliveira Lula	SC	André Motta Ribeiro
MG	Fábio Baccheretti Vitor	SE	Mércia Feitosa
MS	Geraldo Resende	SP	Jean Gorinchteyn
MT	Gilberto Figueiredo	TO	Luiz Edgar Leão Tolini
PA	Rômulo Rodovalho		

DIRETORIA DO CONASS 2021/2022

PRESIDENTE

Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Ismael Alexandrino Júnior (GO)

Região Nordeste

André Longo (PE)

Região Norte

Juan Mendes da Silva (AP)

Região Sudeste

Nésio Fernandes de Medeiros Junior (ES)

Região Sul

Beto Preto (PR)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Antônio Carlos Rosa de Oliveira Junior

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

René José Moreira dos Santos

Ricardo F. Scotti

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André

Eliana Maria Ribeira Dourado

Fernando Campos Avendanho

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

Luciana Toledo Lopes

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Tereza Cristina Amaral

CONSELHO EDITORIAL

Alethele de Oliveira Santos

Adriane Cruz

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

Marcus Carvalho

René José Moreira dos Santos

Tatiana Rosa

ORGANIZAÇÃO DO LIVRO

ORGANIZAÇÃO

Maria José Evangelista

Eronildo Felisberto

REVISÃO TÉCNICA

Ana Luiza d'Ávila Viana

Ana Coelho de Albuquerque

Eronildo Felisberto

Gabriella de Almeida Raschke Medeiros

Isabella Chagas Samico

Luciana Santos Dubeux

Luciana Toledo Lopes

Maria José Evangelista

Sofia Guerra Ávila

COLABORADORES

Ana Coelho de Albuquerque

Ana Luiza d'Ávila Viana

Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira

Eronildo Felisberto

Gabriella de Almeida Raschke Medeiros

Indira Oliveira

Isabella Chagas Samico

Liza Yurie Teruya Uchimura

Luciana Santos Dubeux

Nelson Ibañez

Pedro Marques

Sofia Guerra

Suely Arruda Vidal

Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Aurora Verso e Prosa

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda

Thales Amorim

EDIÇÃO E DIAGRAMAÇÃO

ALM Apoio à Cultura

Marcus Carvalho

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
A ESTRATÉGIA DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO DA REGIONALIZAÇÃO NO SUS Ana Luiza d'Ávila Viana; Ana Coelho de Albuquerque; Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira; Sofia Guerra; Pedro Marques; Eronildo Felisberto	13
ESTUDOS SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS Ana Luiza d'Ávila Viana	33
AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE COM FOCO NA COORDENAÇÃO DE CUIDADOS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO Isabella Chagas Samico; Luciana Santos Dubeux; Eronildo Felisberto	55
TIPOLOGIA PARA CARACTERIZAÇÃO DAS REGIÕES DE SAÚDE DO BRASIL Ana Luiza d'Ávila Viana; Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira; Nelson Ibañez; Liza Yurie Teruya Uchimura; Ana Coelho de Albuquerque	85
FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NOS ESTADOS SELECIONADOS PARA A PESQUISA “EFETIVIDADE DA ESTRATÉGIA DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE EM CINCO REGIÕES DE SAÚDE DO BRASIL – EFETIVAPAS” Ana Luiza d'Ávila Viana; Gabriella de Almeida Raschke Medeiros	101
EVOLUÇÃO DA COVID-19 NAS REGIÕES E ESTADOS SELECIONADOS PARA A PESQUISA EFETIVAPAS Ana Luiza d'Ávila Viana; Eronildo Felisberto	125

LISTA DE SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COAP	Contratos Organizativos de Ação Pública
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PAS	Planificação da Atenção à Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RISS	Redes Integradas de Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) vem, desde 2004, apoiando o corpo técnico e gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde no aprimoramento de habilidades técnicas e de tomadas de decisão relacionadas com a organização dos processos de trabalho no âmbito das Redes de Atenção à Saúde (RAS), considerando a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2011, por meio do *Conass Documenta n° 23*, divulgou a proposta de **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**, apresentando as estratégias metodológicas e operacionais da intervenção que foi aperfeiçoada ao longo do tempo e operacionalizada por meio de oficinas, tutorias e estratégias de capacitação, em consonância com o aprendizado decorrente das experiências locais.

Nesse sentido, em 2018, o *Conass Documenta n° 31* apresentou a estratégia **Planificação da Atenção à Saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde**, com a finalidade de divulgar e colocar em debate as experiências acumuladas, contribuindo, ainda, para o fomento à sua expansão.

Em 2020, o *Conass Documenta n° 36*, **Estudos sobre a Planificação da Atenção à Saúde no Brasil 2008 a 2019: uma revisão de escopo**, sistematizou a literatura produzida no período, considerando artigos científicos, dissertações de mestrado, trabalhos de conclusão de curso e experiências exitosas, que possuíam descritores relacionados com a Planificação da Atenção à Saúde (PAS). Na medida em que sintetiza os achados principais, as potencialidades, as limitações/fragilidades, as lições aprendidas e os desafios discutidos em cada trabalho publicado, contribui, portanto, para o aperfeiçoamento da estratégia.

O tempo de implantação, a evolução da estratégia e os estudos desenvolvidos são fatores que estimularam o Conass a buscar identificar novas evidências sobre os efeitos da PAS e sua contribuição à qualificação das habilidades e atitudes dos profissionais nos processos de trabalho e na tomada de decisão dos gestores, para uma adequada organização das RAS e efetividade do processo de regionalização.

Assim, foi elaborado, em 2020, o projeto de pesquisa ***Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em Cinco Regiões de Saúde no Brasil – Pesquisa EfetivaPAS***, coordenado pelo Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – Imip, e que tem como objetivo avaliar a efetividade da Estratégia PAS em regiões de saúde dos estados de Rondônia, Maranhão, Goiás, Rio Grande do Sul e no Distrito Federal. Integrando a pesquisa, será produzida uma série de três volumes do Conass Documenta que apresentará as bases teórico-metodológicas da Pesquisa EfetivaPAS.

Este *Conass Documenta* n° 39, ***Contribuições para a Avaliação da Efetividade da estratégia de Planificação da Atenção à Saúde***, constitui-se no primeiro volume da série e traz aos profissionais, gestores, pesquisadores e docentes integrantes do SUS uma breve – porém consistente – revisão e atualização sobre: implementação de políticas públicas; avaliação de efetividade com foco na coordenação de cuidados entre níveis de atenção; características das regiões de saúde no Brasil; força de trabalho em saúde e a evolução da covid-19 nos estados selecionados para a Pesquisa EfetivaPAS.

Carlos Eduardo de Oliveira Lula
Presidente do Conass

A ESTRATÉGIA DE
PLANIFICAÇÃO DA
ATENÇÃO À SAÚDE
NO CONTEXTO DA
REGIONALIZAÇÃO
NO SUS

A ESTRATÉGIA DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO DA REGIONALIZAÇÃO NO SUS

1

Ana Luiza d'Ávila Viana; Ana Coelho de Albuquerque; Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira;
Sofia Guerra; Pedro Marques; Eronildo Felisberto

INTRODUÇÃO

A descentralização é um fenômeno presente nas reformas dos Estados Nacionais desde o fim da década de 1970 (MELO, 1996), permeado pelo quadro de crise econômica mundial e de redemocratização, que induziram uma agenda de reformas com o intuito de melhorar a eficiência, a efetividade e os instrumentos de *accountability* (LIMA *et al.*, 2012c). A experiência internacional sugere que, em países como Inglaterra, Espanha, Itália e Canadá, a descentralização articulou-se a processos de regionalização que possibilitaram a organização das redes de serviços, associadas à criação e ao fortalecimento de autoridades sanitárias regionais (BANKAUSKAITE; DUBOIS; SALTMAN, 2007).

O Relatório Dawson, publicado em 1920 na Inglaterra, é considerado pioneiro no que diz respeito à preocupação na utilização de critérios regionais na conformação de sistemas de saúde (OPAS, 1962). O contexto de mudanças nos sistemas de proteção social após a Primeira Guerra Mundial favoreceu a construção desse Relatório, que tinha como objetivo propor diretrizes organizativas para a provisão de serviços à população de uma dada região. Entre outras questões, o Relatório introduziu a ideia de territorialização e de autossuficiência de recursos em todos os níveis de atenção, bem como apontou para a necessidade de articulação entre medidas de prevenção e tratamento e para a importância da associação entre o modelo de organização de serviços e sua gestão (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Na América Latina, a descentralização e a regionalização foram conduzidas com graus variados de articulação, sempre com maior destaque

para a descentralização, o que contribuiu para a fragmentação dos sistemas de saúde, com comprometimento do acesso e da continuidade da atenção (OPAS, 2010). O descompasso entre esses processos também pode ser percebido no Brasil. Nos anos de 1980, o movimento pela redemocratização e pela reforma do Estado brasileiro incluiu a descentralização como um de seus componentes essenciais (CAMPOS; TEIXEIRA, 2006). Essa corrente se fortaleceu justamente como uma reação ao grau excessivo de centralização ocorrida durante o período ditatorial, este também caracterizado como burocrático e indutor de intervenções sociais fragmentadas e descoordenadas (PESTANA; MENDES, 2004).

No bojo da redemocratização brasileira, o movimento pela reforma sanitária propôs a conformação de um sistema de saúde de caráter universal, a ser operacionalizado pelas três esferas governamentais (VIANA; MACHADO, 2009). Assim, a primeira década do Sistema Único de Saúde (SUS) foi marcada por um processo de intensa transferência de competências e recursos em direção aos municípios, orientado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB). Mediante a definição de critérios de habilitação e de incentivos financeiros, as sucessivas Normas Operacionais transferiram progressivamente aos municípios a gestão das ações e serviços de saúde em seus territórios (DOURADO; ELIAS, 2011).

O caráter municipalista da descentralização trouxe resultados positivos para o SUS, sobretudo relacionados com o aumento expressivo de transferências diretas da União para os demais entes federados (SOUZA, 2001; DOURADO; ELIAS, 2011) e com a responsabilização e a ampliação da capacidade de gestão em saúde dos municípios (COSTA, 2001). A descentralização do sistema possibilitou a melhoria no acesso à atenção básica, com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF), resultando em efeitos positivos na cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal, e na redução da mortalidade infantil pós-neonatal e de internações desnecessárias (PAIM *et al.*, 2011).

Além disso, diante da necessidade de estabelecer mecanismos para sua implementação, componentes importantes para o sistema de saúde foram instituídos, como, por exemplo, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, a progressiva modificação dos critérios de financiamento – passando do pagamento por produção para a transferência automática per capita – e a criação e consolidação dos colegiados intergo-

vernamentais (Comissão Intergestores Tripartite – CIT e as Comissões Intergestores Bipartite – CIB no nível estadual) (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002). Esse período foi marcado pela implantação de um modelo em que diversos governos municipais adquiriram uma atuação abrangente no campo da saúde (LIMA *et al.*, 2012c).

Contudo, a fragilidade no planejamento regional das estratégias de descentralização do SUS comprometeu sua adequação às múltiplas realidades brasileiras, favorecendo a conformação de sistemas municipais de saúde heterogêneos e, em várias regiões do País, de maneira solitária e sem o apoio necessário dos governos estaduais (SOLLA, 2006), gerando mecanismos de competição intermunicipais (PESTANA; MENDES, 2004). Além disso, não houve uma diversificação de políticas e investimentos que se adequassem às condições políticas, administrativas, técnicas, financeiras e de necessidades de saúde identificadas nos municípios, visando à redução das desigualdades nos diferentes planos. A descentralização centrada na municipalização acoplou-se, então, ao desenho federativo brasileiro, desconsiderando o papel das esferas estaduais de governo e acentuando as atribuições dos municípios na provisão de serviços (LIMA *et al.*, 2012b). Dessa forma, a concentração política do processo de descentralização na esfera federal foi crucial para o alcance da municipalização, mas criou obstáculos para a conformação de mecanismos de coordenação federativa com incidência sobre as relações intermunicipais, função que deveria ter sido desempenhada pelos governos estaduais (DOURADO; ELIAS, 2011).

Esse contexto sugere que as condições para um projeto de descentralização que garantisse acesso universal e atenção integral condizente com as necessidades locais não foram asseguradas. Consequentemente, os resultados da descentralização brasileira na saúde tornaram-se altamente dependentes das condições locais prévias, refletindo diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para prestação da atenção à saúde e distintas disposições políticas de governadores e prefeitos (LIMA *et al.*, 2012b). Problemas relativos à desintegração territorial de instituições, serviços e práticas foram observados, bem como dificuldades para a conformação de arranjos cooperativos entre os governos (CAMPOS; TEIXEIRA, 2006). O território também não foi o objeto principal de análise e planejamento ao longo desse período, embora, na saúde, iniciativas esporádicas tenham se dirigido para regiões mais carentes (VIANA *et al.*, 2007).

Esses fatores foram determinantes para a inflexão da condução política do SUS no sentido da regionalização. Somente no contexto dos anos 2000, marcados pela recuperação fiscal dos estados brasileiros e por novas orientações na condução da política nacional, a regionalização passou a ganhar relevo no cenário de implantação do SUS. A definição de região de saúde surgiu pela primeira vez com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), em 2001, cujo principal objetivo foi a equidade na alocação de recursos e no acesso às ações e serviços de saúde (LIMA *et al.*, 2012b), definindo a regionalização como a macroestratégia para o aprimoramento da descentralização. A regionalização, portanto, procurou romper com a fragmentação da atenção à saúde, favorecendo a constituição de redes de atenção integradas (VIANA *et al.*, 2017), as quais envolvem a integração, a interconexão e a interação de serviços com diferentes níveis de densidade tecnológica distribuídos em um dado território, que pode ser um município, uma região ou um estado. Essa organização fundamenta-se no modelo de relações intergovernamentais baseadas no federalismo cooperativo, com importante participação dos governos subnacionais (OUVERNEY, 2015).

É importante ressaltar que a complexidade da estrutura do Estado brasileiro, no qual os governos subnacionais possuem autonomia política, partilham legitimidade e o processo de tomada de decisão (FRUTUOSO, 2010), além da profunda diversidade territorial (VIANA, 2011), exige a criação de mecanismos de coordenação que estimule a articulação entre as esferas de governo e resulte no compartilhamento de ações em prol da implementação da política pública de saúde (LIMA, 2013). Dar materialidade a uma região de saúde é um grande desafio, pois o arranjo federativo brasileiro não contempla essa instância, a qual precisa ser construída, gerida e financiada mediante o estabelecimento de acordos e de pactuações entre os entes. Caracteriza-se, desse modo, como um processo político que postula concessões e privilégios do interesse comum (LEVI; SCATENA, 2011). Soma-se ainda a necessidade de recuperar o papel da esfera estadual no planejamento e na coordenação regional e instituir fóruns intergovernamentais robustos que fomentem a discussão e a pactuação balizados na solidariedade e cooperação (VIANA; LIMA, 2011; KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015).

A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE ORIENTADA PELAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A política de saúde brasileira desenvolveu mecanismos próprios de indução e coordenação, permitindo a acomodação das tensões federativas nos processos de descentralização e regionalização do SUS (ARRETCHE, 2002; VIANA; MACHADO, 2009). A regulação desses processos foi realizada pelo Ministério da Saúde por meio da normatização, consubstanciada pela edição de dezenas de portarias, em geral associadas a mecanismos financeiros, que favoreceram a adesão e a implementação das políticas pelos gestores locais e estaduais (MACHADO, 2007) e o aprendizado institucional das secretarias de saúde (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002).

A partir de 2003, o debate que culminou na publicação das diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 possibilitou identificar a necessidade de mudanças nas formas de relacionamento estabelecidas entre as esferas de governo na política de saúde. Havia, à época, uma forte crítica ao modelo de condução federal da descentralização no SUS no período anterior (1998-2002) que teria gerado, entre outros fatores, a burocratização das relações intergovernamentais e uma fragmentação acentuada dos mecanismos de transferência de recursos federais, devido à intensa normatização atrelada aos incentivos financeiros. Assim, a discussão que se iniciou teve como foco a necessidade de substituição dos processos e instrumentos adotados para a habilitação dos estados e municípios por novas práticas, que induzissem a ação coordenada e cooperativa entre os três gestores do SUS (LIMA *et al.*, 2012a).

O Pacto procurou resgatar o conteúdo político da regionalização por meio da diversidade dos elementos que caracterizam e distinguem o território brasileiro e do acordo estabelecido entre os entes federativos na política de saúde. Enfatizou a importância da condução e adaptação estadual da regionalização, restringindo as determinações federais nesse processo, atualizou os instrumentos de planejamento da NOAS e ampliou a visão da regionalização para além da assistência à saúde (BRASIL, 2006). Além disso, propôs o fortalecimento da cogestão por meio da implantação de instâncias colegiadas nas regiões de saúde, os Colegiados de Gestão Regional (CGR), os quais foram formados por representantes das Secretarias Estaduais de Saúde (nível central ou estruturas regionais) e pelos secretários municipais

de saúde em cada região. Os CGR representaram a criação de um canal permanente de negociação e decisão intergovernamental no plano regional (BRASIL, 2009; LIMA *et al.*, 2012b).

O Pacto pela Saúde representou uma mudança nas relações federativas por enfatizar a necessidade de articulação de ações e cooperação intergovernamental na política de saúde de forma ampla, com a valorização das instâncias estaduais e municipais e com a criação de novas instâncias regionais (LIMA *et al.*, 2012b). Uma pesquisa realizada por Viana e Lima (2011) investigou o processo de regionalização desenvolvido nos estados brasileiros no período de 2007 a 2010. O estudo inferiu que a regionalização é dependente do contexto e das regras mais gerais que conformam a política e é influenciada pelas características específicas da implementação no plano estadual e pelos rumos ou pela direção que se deseja imprimir ao processo. No plano locorregional, destacam-se o perfil socioeconômico e as características da rede de serviços de saúde, as condições de financiamento público em saúde e a dinâmica das relações público-privadas na saúde. Os resultados do estudo sugerem que os estados brasileiros se encontram em diferentes estágios da regionalização.

A partir de dezembro de 2010, novas diretrizes foram formuladas, visando estimular a configuração das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e o processo de regionalização nos estados brasileiros. A Portaria nº 4.279, de 2010 (BRASIL, 2010), definiu as regiões como áreas de abrangência territorial e populacional sob a responsabilidade das RAS, e o processo de regionalização como estratégia fundamental para sua configuração. Além disso, estabeleceu outros elementos constitutivos para o funcionamento das redes. No entanto, apesar dos aprimoramentos nas relações intergovernamentais verificados ao longo do processo de implantação do SUS, as estratégias e os instrumentos propostos ainda eram considerados insuficientes para prover todos os avanços necessários à regionalização (LIMA *et al.*, 2012b).

Em 2011, o Decreto Presidencial nº 7.508, publicado em 28 de junho, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990 (BRASIL, 2011), deu novo destaque às redes, estabelecendo instrumentos para sua efetivação, a exemplo dos Contratos Organizativos de Ação Pública (Coap) – baseados na definição de regras e acordos jurídicos entre os entes federados nas regiões. Com o Coap, buscava-se fortalecer o Pacto Interfederativo, definindo as responsabi-

lidades de cada ente federado na organização do SUS; consolidar a diretriz regional na conformação da rede atenção no SUS; ampliar e qualificar a governança do sistema; estimular a formulação de políticas integradas e baseadas nas necessidades regionais; potencializar a integração dos serviços; e organizar um modelo de atenção centrado no usuário com garantia do acesso em tempo oportuno (BRASIL, 2011). A ideia de solidariedade e cooperação entre os entes federativos prevalecia, na medida em que atribuía a eles a definição dos limites geográficos, da população usuária, do rol de ações e serviços que serão ofertados e as respectivas responsabilidades de cada ente na região de saúde.

Contudo, observa-se que, das 438 regiões existentes, apenas 24 firmaram o Coap. Reis e colaboradores (2017) apontam como hipótese para a baixa adesão ao Coap a complexidade do planejamento em nível regional, a insuficiência de financiamento, a baixa participação dos profissionais e a dificuldade na mudança dos processos. Diante do exposto, vê-se que as estratégias de regionalização estabelecidas nos anos 2000 ainda não alcançaram a suficiência necessária para superar os dilemas de construir um sistema regional no contexto federativo brasileiro e setorial da saúde (VIANA *et al.*, 2017). Portanto, pode-se inferir que a regionalização é um processo ainda em curso e que não está completamente definido.

No SUS, a conformação de regiões foi pensada em combinação com redes de saúde, influenciada pelo conceito de redes regionalizadas e hierarquizadas de origem inglesa e de sistemas integrados em saúde de origem norte-americana (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015). Porém, essa noção de redes foi perdendo espaço para a perspectiva de RAS. No Brasil, o conceito adaptado por Mendes (2010) tem forte influência na política nacional, o qual afirma que as RAS são “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde [...] coordenadas pela atenção primária à saúde”. Outrossim, as redes se integram por linhas de cuidado, que servem como diretrizes para a estratégia de articulação e gerenciamento das unidades e dos atendimentos na rede. Nesse sentido, a noção de integralidade aparece relacionada com as redes, sugerindo dupla leitura: redes como estrutura organizacional de produção de serviços e redes como dinâmica de atores e organizações em permanente negociação (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Do ponto de vista da coordenação política, as RAS seriam uma expressão de interesses negociados por diversos atores e instituições, que se organizam como rede com objetivos claros (FLEURY; OUVÉRY, 2007). Para outros autores, essas redes dependem da gestão intergovernamental nas diversas escalas do exercício do poder (territoriais e regionais) e espaços colegiados do SUS, conformando redes assistenciais interfederativas (SANTOS; ANDRADE, 2011). Pensar a regionalização a partir de redes permite uma análise ampla de pelo menos duas dimensões no que tange ao acesso aos serviços de saúde: a distribuição mais equitativa dos equipamentos e ações de saúde e sua articulação com as redes urbanas regionais; e o uso da distribuição desses equipamentos como forma de desenvolvimento regional, contribuindo para melhoria da qualidade de vida da população (CONTEL, 2015).

Assim, a regionalização é uma das principais diferenças da proposta de redes instituída pelo sistema americano, em relação aos países com sistemas universais de saúde (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). No entanto, quando se analisam as diretrizes nacionais de regionalização e redes de atenção no SUS, identificam-se descompassos na adoção dessas estratégias, muito em função das distintas concepções teóricas e políticas, bem como dos interesses nacionais e internacionais. No âmbito da política nacional de saúde, os processos de descentralização, regionalização e organização de redes assistenciais não estiveram associados desde o início da implantação do SUS. Apenas nos anos 2000, a indução da regionalização e da conformação de redes de saúde entrou na agenda e, desde então, vem sofrendo por constantes mudanças desde a publicação da NOAS, passando pelo Pacto pela Saúde, até a publicação da Portaria nº 4.279/2010 e do Decreto nº 7.508/2011, que consolidaram uma nova perspectiva das RAS na política nacional. Essas diferentes fases foram diretamente influenciadas pelas concepções de região e redes adotadas pela política de saúde brasileira, pelas normas que as estruturam e pelos responsáveis na condução da organização territorial do sistema de saúde (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

A perspectiva das RAS é a face mais recente do alinhamento da política brasileira e vem se tornando consenso na política nacional (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015), permitindo o avanço em aspectos que influenciam diretamente no acesso às ações e serviços e na busca pela integralidade da atenção à saúde (VIANA; LIMA, 2011; LIMA *et al.*, 2012c; VIANA *et al.*,

2015; VIANA *et al.*, 2017). Destacam-se entre esses aspectos, para além do compartilhamento de responsabilidades, a identificação dos determinantes socioeconômicos da demanda por serviços e ações de saúde no território, a hierarquização de critérios para a determinação do acesso às tecnologias disponíveis e a superação de fronteiras geográficas para a circulação no sistema (LIMA *et al.*, 2012c).

Para atender à complexidade do sistema, as RAS devem constituir-se de modo horizontal e policêntrico, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) em sua centralidade, cujos atributos preenchem as necessidades de comunicação entre os pontos da rede (MENDES *et al.*, 2019). Portanto, as RAS também são sistemas de organização complexos, com flexibilidade de adaptação e capacidade autorregulatória em virtude das necessidades sociais, de grupos populacionais e individuais que compõem o espectro da integralidade em saúde (VIANA *et al.*, 2018). Nessa perspectiva, devem guardar fortes características de cooperação, interdependência e articulação, voltadas a uma adequada governança e eficiência clínica (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Por outro lado, exigem o engajamento dos profissionais de saúde que devem atuar como agentes de mudança, uma participação dos usuários nas decisões políticas indutoras do processo organizativo e a liderança das instâncias estaduais na consolidação dessa organização em regiões e redes de atenção e para o desenvolvimento de habilidades e aprimoramento das atitudes dos profissionais de saúde, com vistas à qualificação dos processos assistenciais (VIANA *et al.*, 2018).

Essas qualidades estão relacionadas com os atributos que devem ter os diversos pontos de atenção que compõem as RAS, quais sejam: i) possuir missão e objetivos comuns; ii) operar de forma cooperativa e interdependente; iii) intercambiar constantemente seus recursos; iv) organizar-se de forma poliárquica, ou seja, sem hierarquia entre si, promovendo um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; v) promover o cuidado integral com ações e serviços articulados de promoção, prevenção, terapia, reabilitação e de cuidados paliativos; vi) funcionar sob a coordenação da APS; vii) prestar atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e em consonância com as evidências disponíveis; viii) focar no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; ix) ter responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas; e x) gerar valor para a sua população. Es-

ses atributos permitem às RAS promover a melhoria contínua da qualidade do cuidado em saúde e, por conseguinte, da qualidade de vida das pessoas, assim como uma maior equidade em saúde (ROSEN; HAM, 2009).

O PAPEL DA ESTRATÉGIA DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO FORTALECIMENTO DA REGIONALIZAÇÃO E DAS RAS

A necessidade de fortalecimento das RAS e do processo de regionalização, da APS como coordenadora do cuidado à saúde e de processos e resultados mais efetivos de articulação entre os diferentes níveis de atenção tem-se tornado evidente no contexto brasileiro. Tal constatação apoia-se, em especial, tendo-se em conta o perfil epidemiológico da população com aumento da expectativa de vida, da prevalência de doenças crônicas e persistência de agravos agudos e transmissíveis associados à fragmentação assistencial nos diferentes serviços de saúde.

É nesse cenário que a Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) nasceu como uma proposta para qualificação da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) nas diversas regiões de saúde dos estados. Essa estratégia trabalha na perspectiva de uma mudança no processo de trabalho das equipes e serviços de saúde com vistas a uma melhor efetividade das redes de atenção. Portanto, pode-se pensar na PAS como uma intervenção que almeja reconectar os serviços de saúde com a sua origem conceitual, guiando-os para que funcionem da forma que deveriam funcionar originalmente: com uma APS acolhedora e resolutiva, mas que, quando necessário, tenha uma AAE disponível e ordenada, que, por sua vez, receba o usuário encaminhado, atenda a suas demandas e o devolva para a APS para que seja acompanhado. Fora isso, território, macro e microprocessos devem estar organizados de forma a não gerarem barreiras que dificultem, atrasem ou impossibilitem o acesso por parte do usuário (CONASS, 2018).

A PAS iniciou de forma discreta, ligada a poucas secretarias de saúde, e foi aumentando em tamanho e potência, despertando interesse de número cada vez maior de estados e municípios, estimulados a aderir à planificação. O processo de desenvolvimento e expansão da Estratégia PAS encontra-se detalhado em maior profundidade no documento institucional produzido e publicado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

(Documenta 31). No referido documento, constam as etapas de implantação da Estratégia, conduzidas por meio de ações educacionais no formato de oficinas, tutorias, treinamentos, capacitações teórico-práticas e atividades de dispersão, em que os conteúdos são ministrados para todos os profissionais integrantes das equipes de saúde com o intuito de modificar a dinâmica de funcionamento de todo o serviço (CONASS, 2018).

Tendo como marco teórico o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para o SUS (MENDES, 2012) e da Construção Social da APS (MENDES *et al.*, 2019), a PAS objetiva aprimorar as competências das equipes de saúde, a organização dos serviços e o planejamento das ações com base nas demandas da população; e ainda uma maior integração entre os diferentes níveis de atenção, de forma que os serviços de saúde funcionem em unidade, ampliando e facilitando o acesso por parte do usuário e garantindo um cuidado acolhedor (CONASS, 2018).

Experenciar a planificação estreita e fortifica os laços entre as unidades de saúde pertencentes a determinada região, tendo em vista que todo o processo objetiva também fortalecer o sistema de referência e contrarreferência. Assim, é importante que as equipes de saúde adquiram uma postura mais unificada e apropriada de suas atribuições e de atividades realizadas por outras equipes. Dessa forma, a planificação pode fortalecer o elo entre as equipes e as relações interpessoais no ambiente de trabalho, modificando a postura de profissionais e gestores, a qual torna-se voltada para um trabalho inovador, eficiente e planejado numa perspectiva de rede regional integrada. Todas essas mudanças trazem para o usuário maior facilidade de acesso ao serviço além de estimular o vínculo com as equipes de saúde e com o todo o sistema de saúde (CONASS, 2020).

A organização do território e a reorganização dos macros e microprocessos também são fatores determinantes para o fortalecimento das redes regionais, uma vez que minimizam as deficiências ocasionadas pela incipiente realização de algumas atividades essenciais, como a territorialização e a estratificação de risco. O simples ato de organizar o agendamento de consultas por hora marcada contribui para o acesso e a satisfação dos usuários, ao passo que reduz as horas de espera e o desconforto dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A melhoria do acesso, da qualidade da atenção e da resolubilidade da atenção primária, dada pela organização dos processos

de trabalho e fortalecimento das equipes, desobstrui as filas de espera da média e alta complexidade, que se encontram sobrecarregadas, muitas vezes, por usuários que poderiam ter suas demandas de saúde atendidas em um nível de complexidade mais simples. O encaminhamento desses usuários para um especialista com um fluxo de referência e contrarreferência definido e alinhado é o caminho para a continuidade e a integralidade do cuidado, dentro das especificidades e da necessidade em saúde destes (CONASS, 2020).

Para um bom funcionamento das RAS, é essencial que haja um modelo sólido, permeado de atores envolvidos na promoção de mudanças, conferindo apoio aos processos executados, com coragem para enfrentar a cronicidade presente no sistema. Almeja-se um modelo integrado de atendimento, que permita que o usuário seja avaliado e intervencionado integralmente e que acesse os diferentes níveis sem que o próprio sistema crie barreiras à sua assistência (MENDES *et al.*, 2019).

Experiências recentes demonstraram que a PAS também possibilitou impactos positivos sobre o sistema de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. Em estudo realizado em Uberlândia, Minas Gerais, destacou-se a importância da estratificação de risco, medida implantada e amplamente difundida pela PAS, como forma eficaz de organizar o serviço e na tomada de decisão para o enfrentamento dessa calamidade que atinge todo o mundo e expõe fragilidades crônicas do SUS (BARRA *et al.*, 2020).

Como instrumento de gestão, a PAS demonstra aos profissionais a complexidade dos problemas e de que forma a mudança na postura pode ser um caminho para sua resolução. As ações educacionais promovidas em seus diversos formatos concretizam-se como instrumento essencial para a conformação de um sistema resolutivo, que impacte positivamente nos indicadores de saúde da população e garanta o acesso universal, integral e igualitário aos serviços da RAS (JÚNIOR; VAL, 2019).

Efeitos gerados pela PAS sobre a organização das redes já são observados em algumas regiões de saúde. Estudo realizado no Distrito Federal aponta para uma melhor organização das redes, principalmente no que diz respeito às linhas de cuidado de diabetes e hipertensão arterial, além de uma melhor organização dos macroprocessos ligados à APS e implantação de ambulatório de especialidades na atenção especializada com estratifi-

cação e interligação para um trabalho conjunto com a APS. Destacou-se o compartilhamento do cuidado entre APS e AAE, com a integração de uma equipe multiprofissional. Dessa forma, a PAS demonstrou ser uma ferramenta fundamental para a gestão das redes, facilitando essa interlocução entre os diferentes níveis de atenção e auxiliando o serviço no funcionamento em unidade (EVANGELISTA *et al.*, 2019).

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. A. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 28-38, 2015. Número especial. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500028&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

ARRETCHE, M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002. DOI: 10.1590/S0011-52582002000300004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582002000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

BANKAUSKAITE, V.; DUBOIS, H. F. W.; SALTMAN, R. B. Patterns of decentralization across European health systems. In: SALTAMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBAEK, K. (org.). **Decentralization in health care: strategies and outcomes**. Maidenhead: Open University Press, 2007. p. 22-43. Disponível em: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf. Acesso em: 05 maio 2021.

BARRA, R. P. et al. A importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 em Uberlândia, Minas Gerais. **APS em Revista**, Minas Gerais, v. 2, n. 1, p. 38-43, 2020. DOI: 10.14295/aps.v2i1.64. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/64>. Acesso em: 05 maio 2021.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 29 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intraestadual**: orientações para organização e funcionamento. Série Pacto pela Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. v. 10. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 43-51, 23 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 88, 31 dez. 2010.

CAMPOS, G. W. S.; TEIXEIRA, S. M. F. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, S. (org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 417-442.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Estudos sobre a planificação da atenção à saúde no Brasil**, 2008 a 2019: uma revisão de escopo. Brasília: Conass; 2020. 240p. (Conass documenta v. 36).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Planificação da Atenção à Saúde**: Um Instrumento de Gestão e Organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Conass; 2018. 300 p. (Conass documenta v. 31)

CONTEL, F. B. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 447-460, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015000200005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200447&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

COSTA, N. R. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. D. **Brasil**: radiografia da saúde. Campinas: Unicamp, 2001, p. 307-321.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011. DOI: 10.1590/S0034-89102011000100023. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

EVANGELISTA, M. J. O. et al. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2115-2124, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018246.08882019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602115&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 204p.

FRUTUOSO J. A gestão do Sistema Único de Saúde. In: OLIVEIRA, R. P.; SANTANA, W. (org.). **Educação e federalismo no Brasil**: combater as desigualdades, garantir a diversidade. Brasília: UNESCO, 2010. p. 41-58.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S331-S336, 2004. Suplemento 2. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000800026. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

n. 39

*Contribuições para a
Avaliação da Efetividade
da Planificação da
Atenção à Saúde*

JÚNIOR, C. C. O.; VAL, J. C. S. M. G. Planificação da Atenção à Saúde: uma ferramenta para organização da atenção primária à saúde no município de Cajueiro da Praia/PI- Relato de experiência. In: NETO, B. R. S. **Ciências da Saúde: Da Teoria à Prática**. Ponta Grossa: Atena Editora, 2019. p. 83-92. DOI: 10.22533/at.ed.01619130610. Disponível em: <https://www.finersistemas.com/atenaeditora/index.php/admin/api/artigoPDF/17828>. Acesso em: 05 maio 2021.

KEHRIG, R. T.; SOUZA, E. S.; SCATENA, J. H. G. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 948-961, 2015. DOI: 10.1590/0103-110420151070282. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000400948&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010. DOI: 10.1590/S1413-81232010000500006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

LEVI, M. L.; SCATENA, J. H. G. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. (org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 81-113.

LIMA, L. D. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online], Rio de Janeiro; Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde, 2013. v. 3. p. 73-139. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173-05.pdf>. Acesso em: 05 maio 2021.

LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012a. DOI: 10.1590/S1413-81232012000700030. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700030&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

LIMA, L. D. et al. Regionalização da Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012b. p. 823-852.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012c. DOI: 10.1590/S1413-81232012001100005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

MACHADO, C. V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2113-2126, 2007. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000900019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

MELO, A. C. Crise federativa, guerra fiscal e “hobbesianismo municipal”: efeitos perversos da descentralização? **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 11-20, 1996.

MENDES, E. V. et al. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. 2. ed. Brasília: Conass, 2019. 192p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines**. Traducción al castellano del Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services, 1920. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1962. 38p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SAÚDE. **Redes Integradas de Servicios de Salud**: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas, n. 4. Washington DC: OPAS; 2010. 96p.

OUVERNEY, A. L. M. **Federalismo e descentralização do SUS**: a formação de um regime polarizado de relações intergovernamentais na década de 1990. 2015. 455 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola Brasileira de Administração Pública e Empresas, FGV, São Paulo, 2015.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. DOI: [10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).

PESTANA, M.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004. 80p.

REIS, A. A. C. et al. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1045-1054, 2017. DOI: [10.1590/1413-81232017224.26552016](https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26552016). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401045&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

ROSEN, R.; HAM, C. Atención Integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia. Informe del Seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Bannister. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada** [online], v. 1, n. 2, p. 2, 2009. Disponível em: https://sefap.org/media/upload/arxius/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/Atencion_integrada_2009.pdf. Acesso em: 05 maio 2021.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011. DOI: [10.1590/S1413-81232011000300002](https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300002). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 332-348, 2006. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/download/1371/984>. Acesso em: 05 maio 2021.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001. DOI: 10.1590/S1413-81232001000200014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

VIANA, A. L. A. As diferentes institucionalidades de política social no Brasil no período de 1995 a 2010. VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. (org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 27-38.

VIANA, A. L. A et al. O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 17, p. S27-S43, 2017. Suplemento 1. DOI: 10.1590/1806-9304201700s100003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000600003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

VIANA, A. L. A et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05502018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601791&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

VIANA, A. L. A. et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. S117-S131, 2007. Suplemento 2. DOI: 10.1590/S0102-311X2007001400002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

VIANA, A. L. A. et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015000200002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200413&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

VIANA, A. L. A; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002. DOI: 10.1590/S1413-81232002000300008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

VIANA, A. L. A; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000300016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

ESTUDOS SOBRE
A IMPLEMENTAÇÃO
DE POLÍTICAS
PÚBLICAS

ESTUDOS SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

2

Ana Luiza d'Ávila Viana

INTRODUÇÃO

O objetivo deste capítulo é trazer uma breve e não exaustiva revisão da literatura sobre os Estudos de Implementação de Políticas Públicas, de forma a contribuir para o entendimento do atual estágio de implementação da Estratégia PAS na melhoria da organização e qualificação dos processos assistenciais em cinco regiões de saúde do Brasil, bem como para identificar eventuais pontos que dificultem sua implementação e propor as devidas correções.

Considerando a clássica divisão metodológica do Ciclo de Políticas Públicas em formação da agenda, formulação da política, tomada de decisão, implementação e avaliação; a implementação é uma das fases mais complexas de ser executada, que, seguramente, envolve o maior número de atores, mas também é a fase mais decisiva no sucesso de uma política pública porque é nela que o desenho conceitual vai ao encontro da realidade para atingir os resultados e impactos previstos que resolvam, mitiguem ou previnam os problemas ou questões que entraram na agenda e motivaram a sua formulação (HILL; HUPE, 2009). Na literatura especializada em políticas públicas, não se encontra uma definição consensual para o processo de implementação. Há autores que consideram como implementação todo o ciclo iniciado com o estabelecimento de uma agenda até a mensuração de seus impactos, e outros que utilizam definições mais pontuais considerando como implementação o conjunto de decisões e de ações postas em prática por alguma autoridade governamental (LESTER *et al.*, 1987).

Até a década de 1970, a implementação não era considerada pelos estudos acadêmicos como uma fase crítica do processo de uma política pública porque, até então, era entendida como uma execução técnica das decisões tomadas anteriormente em função da agenda e da formulação adotada

pelos gestores e agentes políticos. Entretanto, alguns estudos de implementação desconstruíram essa ideia de simplicidade da implementação devido à sua complexidade e à diversidade que dificultam sobremaneira a construção de modelos analíticos (DELEON; DELEON, 2002).

Neste texto, utiliza-se a definição de Pressman e Wildavsky (1973) que delimita o início do processo de implementação no momento da transformação da política em programa, que é quando, por ação de alguma autoridade governamental, são criadas as condições iniciais necessárias à implementação. Com o intuito de facilitar o entendimento da evolução dos estudos de implementação, inicialmente, faz-se um breve levantamento histórico comparando as principais abordagens desenvolvidas para esse campo e, em seguida, indicam-se as principais tendências dos estudos desenvolvidos recentemente.

n. 39

Contribuições para a
Avaliação da Efetividade
da Planificação da
Atenção à Saúde

DESENVOLVIMENTO DOS ESTUDOS

Os primeiros estudos de Implementação datam apenas do início da década de 1970 e surgiram a partir dos Estudos de Avaliação de Política Pública realizados nos Estados Unidos, tendo como primeira obra de referência o livro *Implementation*, de Pressman e Wildavsky (1973), considerado como a obra seminal desse tema. Após esse trabalho, a produção científica e acadêmica sobre implementação aumentou consideravelmente durante os 20 anos seguintes, possibilitando sua classificação em, pelo menos, três gerações de estudos com abordagens conceituais, metodológicas e teóricas bastante distintas (WINTER, 2012a).

Pressman e Wildavsky (1973) consideram que os trabalhos pioneiros ou a primeira geração eram basicamente de estudos de caso, exploratórios, descritivos e indutivos, que consideravam como muito baixa a expectativa de sucesso da fase de implementação, haja vista a complexidade e a multiplicidade dos atores e agentes públicos envolvidos. São todos anteriores aos anos 1970, conforme descrito no início do seu livro, e eram caracterizados pela complexidade inerente a uma produção conjunta de diferentes autores, com diferentes perspectivas, prioridades e expectativas, tentando todos identificar a origem dos atrasos e até fracassos na implementação de uma política. Nesse período, muitas das falhas foram atribuídas a problemas na

fase anterior do Ciclo de Política Pública, sobretudo na fase da formulação (GOGGIN, 1986; SÆTREN, 2014). De acordo com Bardach (1977), esses estudos concentravam seu foco de análise na continuidade dos conflitos percebidos e mapeados durante o jogo político da etapa da formulação, muito embora houvesse uma troca substancial de atores e, conseqüentemente, de relações entre formuladores e implementadores, mas que permaneciam alinhados em seus valores e visões de mundo. A principal crítica que se faz a essa geração de estudos se concentra no fato de não ter sido possível concluir uma formulação de modelos de análise gerais e replicáveis visto que se focavam prioritariamente em estudos de caso muitos dispares entre si (LESTER *et al.*, 1987), e que não construíam análise sobre variáveis teóricas centrais (WINTER, 2012b).

A partir dessa crítica, abre-se espaço para os estudos da segunda geração, que se caracterizam basicamente pela discussão entre as abordagens dos modelos *top-down* e *bottom-up* que, em ambos os casos, possuem um nível mais elevado e sofisticado nas metodologias utilizadas e, por seqüência, uma maior consciência teórica em relação aos estudos da primeira geração, que não foram capazes de identificar a produção de *frameworks* de análise que mapeassem os fatores-chave da implementação (LESTER *et al.*, 1987; SÆTREN, 2014).

No modelo de análise conhecido por *top-down*, o Ciclo da Política Pública é visto como um processo linear, simples e causal em que uma etapa interfere diretamente na posterior sem maiores influências externas e a ênfase da análise está totalmente nos tomadores de decisões, sejam eles representantes eleitos ou burocratas de alto escalão. De acordo com Lester *et al.* (1987) e Matland (1995), nessa abordagem analítica, considera-se uma implementação perfeita e listam-se os fatores críticos para o sucesso da implementação ou o que Van Meter e Van Horn (1975) definiram como *frameworks* de análise.

O trabalho de Sabatier e Mazmanian (1980), que é considerado o trabalho mais importante da análise *top-down*, destaca seis fatores-chave na análise dos *frameworks*, sendo: i) objetivos claros e consistentes; ii) teoria causal adequada; iii) estruturação legal de suporte; iv) implementadores capacitados e alinhados; v) apoio dos grupos de interesse e dos decisores do processo; e vi) contexto socioeconômico estável que não comprometa o apoio político.

Já para Stoker (1989), a abordagem *top-down* é chamada de modelo instrumental e tem as seguintes características: i) implementação como execução de direcionamentos superiores; ii) valorização da centralização da autoridade; iii) separação clara entre formulação e implementação; iv) entendimento da comunicação deficiente como principal problema; v) desvios dos objetivos definidos como comportamento disfuncional e ilegítimo; e vi) valorização da conformidade jurídica legal em detrimento da cooperação mútua.

Ainda, Matland (1995) identifica no modelo analítico *top-down* três lacunas importantes: i) racionalidade do arcabouço legal como ponto de partida em detrimento dos processos de negociação inerentes aos pontos de vetos na formulação dessa estrutura legal; ii) fase de implementação visto como um processo administrativo estruturado com metas e objetivos, independente das disputas políticas; iii) foco de análise nos formuladores como atores-chave, incorrendo em um erro normativo ao não considerar o conhecimento factual dos implementadores locais para darem resposta aos problemas de implementação e um erro positivista por não considerar o poder discricionário dos implementadores do baixo escalão da burocracia estatal.

A partir das lacunas identificadas no modelo de análise *top-down*, desenvolvem-se, praticamente de maneira simultânea, as bases da abordagem *bottom-up*, estabelecendo intenso debate entre os dois conjuntos de teorias, mas que não chegam a estabelecer um diálogo acadêmico entre os dois modelos analíticos, tampouco uma complementariedade metodológica e conceitual porque estão olhando para pontos e objetos distintos dos processos de implementação, o que não favorece a um entendimento holístico das questões sobre a implementação de políticas públicas.

Considerado o autor mais relevante da abordagem *bottom-up* e formulador do conceito de *street-level bureaucrats*, Lipsky (1980) defende que as rotinas que os burocratas estabelecem e as ferramentas que criam para solucionar os problemas decorrentes das incertezas dos arcabouços legais e das pressões geradas pelos formuladores “resultam em nível de discricionariedade tal que produzem efetivamente distorções nas políticas públicas que eles implementam” (LIPSKY, 1980).

Autores como Hjern e Porter (1983) concentram suas análises nas estruturas de implementação buscando entender os processos internos e as redes de relacionamento construídos pelos diversos atores e implementado-

res em torno de uma única política pública ou de um programa específico. Já outros autores, como Barrett e Fudge (1981), focam suas análises nas questões que envolvem as negociações entre os atores, sobretudo entre formuladores e implementadores, por entenderem uma política pública como um conjunto de objetivos centralmente definidos, mas com um nível de discricionariedade decorrente e necessário, para que o processo de implementação – que certamente os modificam – não atue como elemento que contribua para o fracasso dessas ações que ocorrem no estágio da implementação. Mesmo com essa flexibilidade dada aos implementadores, Barrett e Fudge (1981) defendem, ainda, que os formuladores, na figura dos decisores centrais, possuem o controle do processo de implementação porque detêm os mecanismos de incentivos e ameaças de sanções e, também, os mecanismos de negociação e compromisso.

Para Stoker (1989), que também analisou a abordagem *bottom-up* chamando-a de modelo de acomodação, o modelo tem as seguintes características principais: i) entendimento da implementação como uma arena política e de relações de troca; ii) valorização da autoridade difusa e do conhecimento dos implementadores; iii) percepção de que a política pública evolui ao longo da implementação, não fazendo sentido estabelecer uma divisão entre os processos de formulação e implementação; iv) entendimento das diferenças dos contextos locais e de suas práticas, perspectivas e valores; e v) valorização da resolução de conflitos em detrimento da conformidade com os objetivos inicialmente definidos.

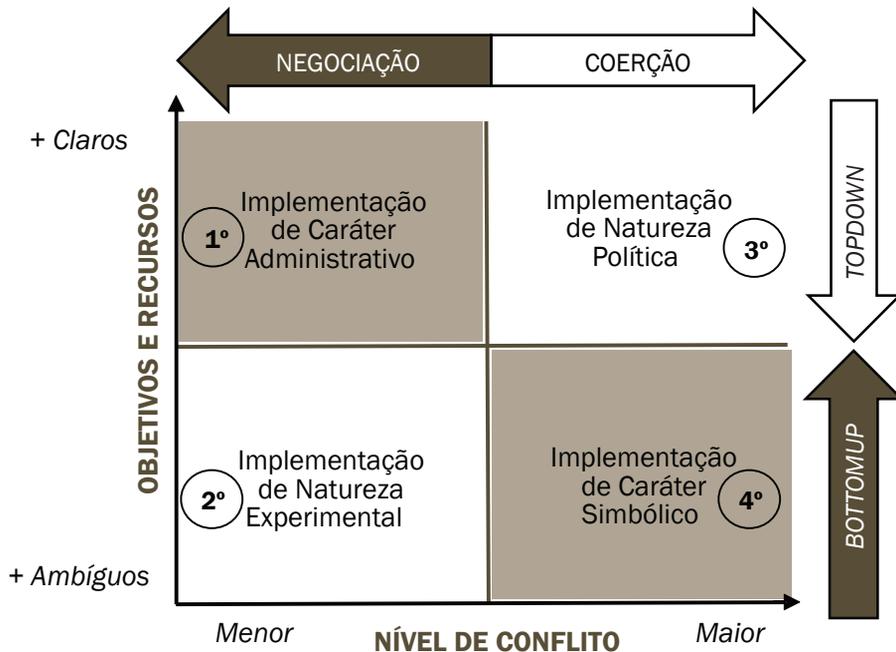
As principais críticas à abordagem *bottom-up* de modo geral e à sua metodologia de maneira mais específica ficam a cargo de Sabatier (1986), que aponta, em primeiro lugar, o fato de não se considerar a capacidade que os formuladores ou tomadores de decisões têm para influenciar a estrutura dos “burocratas de nível de rua” em suas funções de implementação por meio de sanções e prêmios e das suas capacidades de decidir sobre a formação desses corpos burocráticos e sobre sua legitimidade para participar dos processos de implementação. Em uma segunda crítica, esse autor aponta a incapacidade de formulação de uma teoria analítica geral de implementação baseada nessa abordagem, porque ela se baseia nas percepções dos atores, mas sem determinar que fatores influenciam essas percepções que determinam o comportamento deles durante os processos de implementação.

Outro conjunto de críticas ao modelo de abordagem *bottom-up* é apontado por Stoker (1989), sendo o primeiro a supor que os implementadores que atuam diretamente na base da política sejam integralmente facilitadores da implementação e solucionadores de problemas decorrentes dela, e não atores que atuem em oposição ao processo de mudanças. A segunda crítica do autor reside no fato de não haver padrões de avaliação do desempenho dos implementadores. Ainda, Stoker critica a abordagem por não identificar os fatores intervenientes que atuam em favor do sucesso da cooperação entre os implementadores em determinadas situações e cenários e que, em outros, contribuem para seu fracasso.

Por fim, há os estudos de implementação de terceira geração que buscam integrar as abordagens *top-down* e *bottom-up*, além de buscar uma teoria geral e uma metodologia abrangente e integradora para esse campo de estudos das políticas públicas. Essa terceira geração surgiu em meados dos anos 1980 em resposta às diversas críticas aos estudos de implementação dos modelos de abordagem da segunda geração (O'TOOLE JR., 2004), ao mesmo tempo que se consolidou o entendimento da impossibilidade da criação de uma estratégia única de implementação, já que, de acordo com os trabalhos anteriores, percebeu-se que diferentes condições de contexto requerem diferentes estratégias de implementação (DELEON; DELEON, 2002).

Os principais estudos dessa terceira geração são desenvolvidos por Matland (1995), que estabelece como características de uma política pública o nível de ambiguidade dos objetivos e recursos e o nível de conflito no que se refere às visões e interesses envolvidos na implementação. Considerando essas variáveis como inerentes e inevitáveis às políticas públicas, Matland (1995) elaborou uma matriz conceitual (Figura 1) na qual descreve as duas variáveis e posiciona os modelos de implementação como tipos ideais.

FIGURA 1. Matriz de Matland



FONTE: MATLAND (1995).

No primeiro quadrante, no qual se posicionam as políticas públicas com objetivos e recursos claros e bem definidos e com baixo nível de conflito e interesses, em geral, passam por um processo de implementação de caráter administrativo dentro de uma abordagem *top-down* mais tradicional. No quadrante oposto, em que se posicionam as políticas públicas com objetivos e recursos bastante ambíguos e/ou difusos e com alto nível de conflito e interesses, tende a haver processos de implementação de caráter mais simbólico, nos quais os implementadores locais são de suma importância, mas em que, também, há um nível alto de interesses políticos potencialmente geradores de conflitos. São, conceitualmente, mais adequados à processos de implementação *bottom-up*, embora haja estudos de casos que demonstrem que a abordagem *top-down* também seja utilizada com sucesso.

No segundo quadrante, posicionam-se as políticas públicas com objetivos e recursos bastante ambíguos e/ou difusos, mas com alto nível de conflito e interesses. Nesses casos, tende-se a utilizar com mais frequência processos de implementação com abordagem *bottom-up* de natureza experimental, em que os implementadores locais têm maior nível de discricionariedade sobre o processo de implementação. Por fim, no quadrante oposto ao segundo, estão posicionadas as políticas com objetivos e recursos mais claros e bem definidos, mas com alto nível de conflito e interesses, em que o acesso aos recursos necessários à implementação está sob forte litígio político. Tendem a ter processos de implementação típicos do modelo de abordagem *top-down* em função da forte natureza mais política, com pouco espaço para discricionariedade como nos processos de implementação de natureza experimental.

De certa maneira, os trabalhos de Matland, apesar de serem considerados como estudos de terceira geração, ainda permanecem presos à dicotomia dos modelos *top-down* e *bottom-up*. São os estudos propostos por Sabatier (1986) e Barret (2004), também dentro dessa terceira geração, que buscam a formulação de modelos sintéticos de análise mais sofisticados, assim como o modelo matricial proposto por Matland (1995) conforme demonstrado acima. Nessa fase, surgem os modelos analíticos das Coalizões de Defesa desenvolvidos por Sabatier, que foca sua análise no entendimento dos processos de decisão internos aos grupos de atores ideológica ou operacionalmente alinhados. A partir desses estudos, busca-se não estabelecer fronteiras entre os momentos de formulação e implementação das políticas, em função do entendimento de que há uma continuidade entre esses processos decisórios e o atingimento de metas e resultados. Também são dessa fase os chamados estudos sintetizadores com foco em análises estatísticas que aumentam o número de observações e que buscam uma teoria geral de implementação. Destes estudos, os que mais se destacam são: i) o modelo de comunicação de implementação intergovernamental de políticas de Goggin *et al.* (1990); ii) a *framework* de regimes de implementação de Stoker (1989); e iii) o modelo integrado de implementação de Winter (2012a).

Para Goggin *et al.* (1990), a implementação tem por parâmetros a conformidade ou *compliance* entre os resultados atingidos e os objetivos estabelecidos na lei, ao considerar a análise da implementação intergover-

namental abrangendo diferentes níveis ou esferas de governo. Nesse modelo, as hipóteses são testadas de acordo com os modelos de comunicação entre os diferentes níveis de atores e fatores intervenientes na implementação, mas o modelo analítico é criticado por restringir a comunicação entre níveis como a única variável do processo de implementação. Já no *framework* de regimes de implementação, Stoker (1989) ainda considera pontos trazidos das abordagens *top-down* e *bottom-up*, as quais ele denomina de modelo instrumental e modelo de acomodação, respectivamente; e constata que há, por um lado, uma diminuição do custo e do risco de cooperação e, por outro, o aumento do custo e do risco de abandono por parte dos atores intervenientes ao longo do processo.

Os estudos de implementação elaborados por Winter (2012b) não buscam estabelecer uma síntese entre as abordagens *top-down* e *bottom-up*. Ao invés disso, seu objetivo é integrar um conjunto dos elementos teóricos a partir de estudos de casos de implementação, com destaque para as variáveis dependentes – as que se referem ao desempenho dos implementadores e para as variáveis independentes –, aquelas que podem influenciar, positiva ou negativamente, os processos de implementação, entre eles: i) o nível de conflito entre os processos de formulação e o desenho das políticas; ii) o comportamento organizacional e interorganizacional entre atores dos diversos níveis de atuação e de diferentes tipologias de instituições; iii) a gestão organizacional em seu nível de autonomia estrutural e na alocação de recursos; iv) os comportamentos dos *street-level bureaucrats* em suas estratégias para lidar com as pressões inerentes aos processos; v) o comportamento dos grupos-alvo que interferem na atuação dos *street-level bureaucrats*; vi) o contexto socioeconômico que influencia como as políticas são formuladas e implementadas; e, por fim, vii) o *feedback* sobre o porquê de os resultados da implementação retroalimentarem os processos de reformulação ou ajustes da implementação.

De acordo com Sætren (2005), são os seguintes os principais motivos para a necessidade de mudanças nos estudos de implementação de políticas públicas, sejam elas radicais com profundos redirecionamentos analíticos e metodológicos ou simples estudos de validação: i) esgotamento e falta de clareza teórica, normativa e metodológica em torno do debate *top-down versus bottom-up*; ii) fortalecimento de relações horizontais baseadas

em negociação em detrimento das relações verticais baseadas em hierarquia e coerção no conjunto das organizações; iii) tendência crescente de estudos de implementação direcionados para as falhas nos processos de implementação gerando um viés de análise importante; iv) debate sobre o valor teórico do modelo de ciclos das políticas públicas em função de sua demasiada simplificação que não refletia a realidade encontrada nos estudos de casos; v) proliferação de novas denominações de investigações não inéditas para aumento das possibilidades de publicação dos autores; e vi) influência de estudos de “tendência” por parte dos pesquisadores de políticas públicas. Muitos desses fatores apontados por Sætren decorrem do modelo gerencialista adotado pelos formuladores, gestores e implementadores de políticas públicas nos anos 1990 em função da exigência crescente dos conceitos de governança introduzidos (HILL; HUPE, 2009).

Conforme Lester e Goggin (1998), no final da terceira geração, os estudos se dividiam em quatro grupos distintos de acordo com suas perspectivas em relação aos estudos de implementação de políticas públicas conforme apresentado no Quadro 1.

QUADRO 1. Quadro de Perspectivas sobre Estudos de Implementação

GRUPO	AUTORES	SÍNTESE DO ARGUMENTO	CRÍTICA (NECESSIDADE)
Reformuladores	Stoker e Matland	Necessidade de continuidade dos Estudos de Implementação	Mudanças nas abordagens conceituais e metodológicas
Testadores	Mazmanian e Sabatier	Continuidade das abordagens top-down e bottom-up nos Estudos de Implementação	Testagem e validação dos frameworks que haviam sido desenvolvidas
Céticos	deLeon e deLeon	Perspectiva negativa sobre a continuidade dos Estudos de Implementação	Novas metodologias analíticas e abordagens integradoras
Finalistas	Sætren	Falta de clareza conceitual e esgotamento intelectual dos Estudos de Implementação	Direcionamento para investigações mais elementares

FONTE: GOGGIN (1986).

Segundo Schofield e Sausman (2004), a partir deste século, os estudos de implementação passam a considerar em sua análise temas até então negligenciados, como governança burocrática e multinível, novas formas e modelos das organizações implementadoras e a mudança na relação entre os cidadãos e o Estado que aumenta o poder de controle do primeiro e diminui a presença e autonomia do segundo. Já segundo Hupe (2014), a diversidade atual dos estudos de implementação está dividida em três grandes blocos conforme a Figura 2 abaixo.

FIGURA 2. Estudos de Implementação atuais

<p>Estudos de implementação avançados <i>(Advanced Implementation studies)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Metodologias mais sofisticadas - Abordagem <i>top-down</i> do grau de cumprimento dos objetivos - Abordagens <i>bottom-up</i> da variação de resultados e impactos - Foco em relações interorganizacionais e nos <i>street-level bureaucrats</i>
<p>Novos estudos de implementação <i>(Neo-implementation studies)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Metodologias de estudo de casos - Estudos qualitativos - Abordagem <i>top-down</i> e multinível - Identificação de fatores intervenientes e do não cumprimento das normas
<p>Estudos convencionais <i>(Mainstream studies)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Metodologias de estudo de caso único - Estudos qualitativos - Abordagem <i>top-down</i> - Publicados em revistas setoriais

FONTE: HUPE (2014).

Conforme demonstrado ao longo desta revisão bibliográfica, os Estudos de Implementação sobre Políticas Públicas possuem diferentes abordagens analíticas com significativas diferenças entre elas – e, em função disso, encontram consistentes dificuldades para a formulação de uma Teoria Geral de Implementação por meio de um modelo de abordagem sintetizador e integrador dos achados nos diversos estudos de casos. Embora não haja consenso sobre a possibilidade da formulação dessa teoria geral, há concordância sobre o abandono da implementação como uma simples fase automática e sem fatores intervenientes do Ciclo

de Políticas Públicas sobre os objetivos e resultados definidos anteriormente na fase de formulação pelos agentes e atores e pelos decisores políticos da Administração Pública.

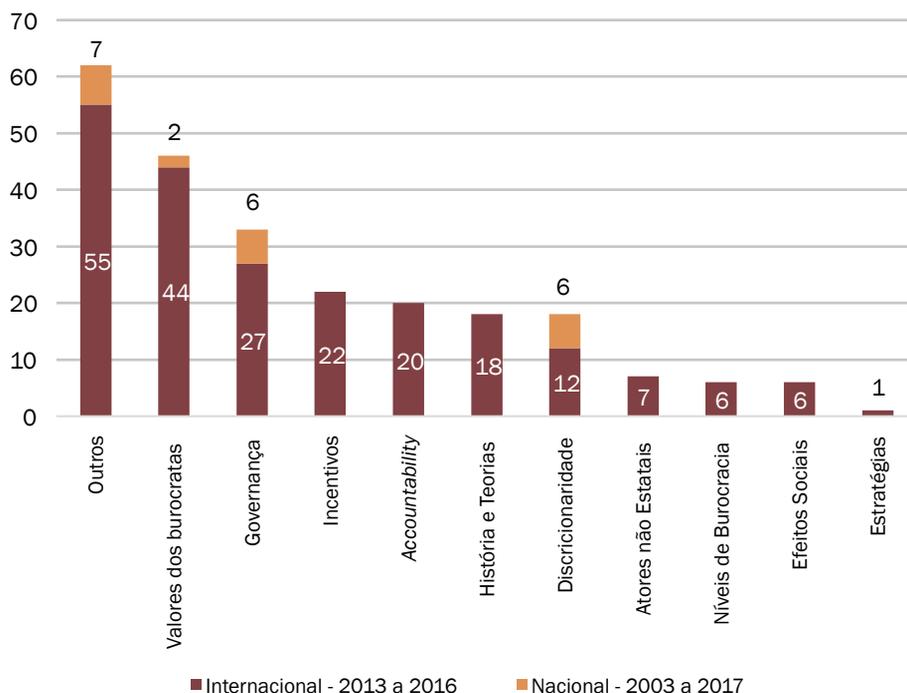
CONSIDERAÇÕES FINAIS

A principal conclusão a que se chega, após esta breve revisão, é que ainda há bastante espaço para estudos sobre implementação com abordagens mais criativas e sofisticadas que os estudos com as abordagens dicotômicas *top-down* e *bottom-up* internacionalmente, mas, sobretudo, no Brasil. Reforçando essa conclusão, em uma recente revisão bibliográfica elaborada por Lotta *et al.* (2018) sobre estudos de implementação, que considerou os artigos publicados nas revistas internacionais (2003 a 2016) e nacionais (2003 a 2017) mais relevantes sobre Administração Pública, Políticas Públicas e Ciência Política, que remetessem a temas relacionados com a implementação de políticas públicas, foram identificados 218 artigos internacionais e apenas 21 nacionais.

Esses artigos, elaborados nesse período, ou seja, durante ou imediatamente após os estudos da chamada terceira geração, foram classificados de acordo os seguintes eixos de análise temática: i) valores e comportamentos dos burocratas; ii) estruturas de governança; iii) resultados de incentivos; iv) *accountability* e transparência; v) história e teorias da implementação; vi) discricionariedade e autonomia; vii) envolvimento de atores não estatais; viii) diferentes níveis hierárquicos da burocracia; ix) efeitos sociais da implementação; x) estratégias de enfrentamentos de pressões; e xi) outros temas variados.

Como pode ser visto no gráfico abaixo (Gráfico 1), os estudos brasileiros se concentram nos eixos temáticos classificados como Governança e Discricionariedade com igual número de estudos (6); e um grupo de artigos classificados como Outros (7), que se divide entre estudos de caso de políticas e programas específicos. No eixo temático sobre Governança, há estudos sobre estruturas de governança presentes na implementação de políticas públicas, enquanto os artigos classificados como Discricionariedade concentram estudos sobre “burocratas de nível de rua” enfocando a autonomia nos processos de implementação.

GRÁFICO 1. Publicações por Categorias, Literatura brasileira e internacional



FONTE: LOTTA ET AL. (2018).

De acordo com Sætren (2014), a baixa produção de estudos sobre implementação no cenário internacional deve-se ao debate estéril entre o *top-down* e o *bottom-up*, às mudanças nas relações entre Estado e Sociedade e à dificuldade metodológica para trabalhar com um excesso de variáveis assimétricas e não codificáveis.

Nesse mesmo estudo, Lotta et al. (2018), após também associarem a carência de estudos a outros fatores endógenos e exógenos, afirmando que houve um deslocamento do eixo de análise nos estudos passando da “dicotomia entre modelos *top-down* e *bottom-up* às análises mais gerencialistas nos anos 2000”, apontam os três pressupostos da literatura internacional que definem esses estudos neste novo cenário: i) estudos de implementação não devem ser vistos como uma fase específica e pós-formulação; ii)

decisões são tomadas constantemente durante a implementação; e iii) a aproximação com a literatura sobre estudos organizacionais sobre ‘*street-level bureaucracy*’, para, em seguida, estabelecer os grupos temáticos mais presentes na literatura contemporânea sobre implementação que se encontram resumidos no Quadro 2.

QUADRO 2. Resumo dos Estudos de Implementação

GRUPO DE ESTUDOS	SÍNTESE DO ARGUMENTO	PERGUNTAS
1. <i>Accountability</i> dos implementadores	Ideia de comando e controle, transparência e responsabilização. As decisões são tomadas por atores eleitos e não eleitos	Como responsabilizar por uma decisão atores não eleitos?
2. Estruturas de governança voltadas à implementação	As decisões não são tomadas exclusivamente pelo Estado e seus representantes formais	Quais as organizações e atores envolvidos? Quais suas responsabilidades, influências e relações formais e informais?
3. Processos de implementação por atores não estatais	Diferenças entre a implementação de políticas feitas diretamente pelo Estado e por agentes não estatais	Quais são as diferenças entre a implementação Estatal e não Estatal? Por que elas existem ou não?
4. Valores e comportamentos dos burocratas no processo	Valores dos burocratas afetam suas decisões. Valores: 1) ideia de representatividade burocrática, 2) valores pessoais e profissionais e 3) ativismo institucional	Como os valores dos burocratas, suas agências ou profissões afetam suas decisões?
5. Influência de outras camadas burocráticas	Existem vários níveis ou hierarquias diferentes de discricionariedade na cadeia de implementação	Qual a influência de outras camadas burocráticas no processo de implementação? Em qual camada foi tomada a decisão?
6. Compreensão da discricionariedade	Distinção entre o espaço existente para a discricionariedade (regras formais e informais) e o exercício da discricionariedade nesse espaço	Por que a discricionariedade é exercida de forma diferente entre os indivíduos, visto que são constrangidos pelas mesmas regras?
7. Incentivos à atuação dos burocratas	Incentivos (positivos ou negativos) alteram o exercício da discricionariedade dos burocratas de nível de rua	Como os incentivos são usados para aumentar a adesão em comando e obediência? Qual a diferença entre incentivos individuais e organizacionais?

GRUPO DE ESTUDOS	SÍNTESE DO ARGUMENTO	PERGUNTAS
8. Estratégias de enfrentamento das pressões	Estratégias de enfrentamento das pressões dos burocratas de nível de rua.	Como os burocratas lidam com a dupla pressão dos usuários que demandam um atendimento personalizado e do Estado que pressiona por atendimento mais produtivo, padronizado e eficiente?
9. Efeitos sociais da implementação	Questionado a lógica mais “estadocêntrica” hegemônica	A implementação pode ser vista como uma abordagem exclusivamente estatal?

FONTE: LOTTA *ET AL.* (2018).

Já no Brasil, os estudos sobre implementação de políticas públicas são ainda mais raros, gerando uma defasagem de conhecimento importante em relação à literatura internacional. Esse descompasso é apontado por autores nacionais, como Arretche (2001); Faria (2003); Souza (2017) e Lotta e Vaz (2015). Conforme demonstrado anteriormente pelo levantamento de Lotta *et al.* (2018), apenas 21 artigos nacionais trataram desse tema nos Estudos sobre Políticas Públicas no período de 2003 a 2017.

Dentro desse conjunto de estudos, há um eixo temático abordado por autores como Arretche (2004); Menicucci e Marques (2016); Lima e D’Ascenzi (2017); Souza (2017); e Bichir, Brettas e Canato (2017), o qual trata de questões pertinentes ao modelo federativo, que vão desde a dicotomia entre autonomia e interdependência entre os entes nacionais e subnacionais até propostas de universalização das políticas públicas, tendo em vista as heterogeneidades e as assimetrias inerentes e decorrentes das desigualdades regionais e demográficas e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços ofertados e as capacidades estatais necessárias à sua implementação, de acordo com a formulação da proposta em resposta à pauta inserida na agenda pública.

O segundo eixo temático trazido à análise pelos trabalhos de Pires (2017); Lotta (2017); Oliveira e Carvalho (2017); Eiró (2017); e Tebet (2017) trata dos arranjos institucionais e da governança criada para dar conta dos processos de implementação em cenários assimétricos, bem como sobre o perfil, o papel e a atuação de ‘burocratas de nível de rua’ e de médio escalão na redução ou reprodução das desigualdades existentes.

O terceiro eixo apresentado por Lotta *et al.* (2018) trata do aumento importante da presença de organizações sociais na implementação das políticas públicas nas mais diversas áreas de atuação do Estado brasileiro em função do aumento da institucionalidade legal dessa participação por meio de leis nacionais, estaduais e municipais e de marcos regulatórios legais implementados no contexto da Reforma do Estado (BRESSER-PEREIRA, 1998a; 1998b) dos anos 1990 e regulamentado nos anos 2000 e 2010. Em decorrência desse eixo temático, também há estudos decorrentes que analisam a relação entre implementação, processos participativos e sistemas de controle, ou, de maneira mais geral, são estudos sobre *accountability* e transparência na implementação de políticas públicas.

Por fim, nesta revisão bibliográfica específica sobre os estudos nacionais, há estudos desenvolvidos por Bichir (2011); Bronzo (2010); Lotta e Vaz (2015); e Lotta e Favareto (2016) tratando da questão da Intersetorialidade na implementação de políticas públicas, que é um tema ausente nos estudos internacionais pesquisados. Uma possível explicação para isso se dá devido a uma maior complexidade nos processos de implementação e a uma maior desigualdade social no âmbito nacional em relação a países menos desiguais socialmente e mais homogêneos em suas capacidades estatais.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo Perspec.*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004. DOI: 10.1590/S0102-88392004000200003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 maio 2021.

ARRETCHE, M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (org.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*, São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001, p. 43-56.

BARDACH, E. *The Implementation Game, What Happens After a Bill Becomes a Law*, Cambridge: The MIT Press, 1977. 323p.

BARRETT, S. M. Implementation studies: time for a revival? Personal reflections on 20 years of implementation studies. *Public administration*, [s. l.], v. 82, n. 2, p. 249-262, 2004. DOI: [10.1111/j.0033-3298.2004.00393.x](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.0033-3298.2004.00393.x). Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.0033-3298.2004.00393.x>. Acesso em: 02 jun. 2021.

BARRETT, S.; FUDGE, C. Examining the policy-action relationship. In: BARRETT, S.; FUDGE, C. (org.). *Policy and Action, Essays on the Implementation of Public Policy*. Londres: Methuen, 1981. p. 3-32.

BICHIR, R. M. *Mecanismos federais de coordenação de políticas sociais e capacidades institucionais locais: o caso do Programa Bolsa Família*. 2011. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

BICHIR, R.; BRETTAS, G. H.; CANATO, P. Multi-level governance in federal contexts: the Social Assistance Policy in the City of São Paulo. *Bras. Political Sci. Rev.*, São Paulo, v. 11, n. 2, e0003, 2017. DOI: 10.1590/1981-3821201700020003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-38212017000200202&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 maio 2021.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A reforma do estado dos anos 90: Lógica e mecanismos de controle. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, São Paulo, n. 45, p. 49-95, 1998a. DOI: 10.1590/S0102-64451998000300004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/xQZRPfMdrHyH3vjKLqtmMWd/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 jun. 2021.

BRESSER-PEREIRA, L. C. *Reforma do estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva*. São Paulo: Editora 34; Brasília: Enap, 1998b. 363 p.

BRONZO, C. Intersetorialidade, Autonomia e Território em Programas Municipais de Enfrentamento da Pobreza: Experiências de Belo Horizonte e São Paulo. *Planejamento e Políticas Públicas*, [s. l.], v. 2, n. 35, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/200>. Acesso em: 18 maio 2021.

DELEON, P.; DELEON, L. What Ever Happened to Policy Implementation? An Alternative Approach. *J. Public Adm. Res. Theory: J-PART*, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 467–492, 2002. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3525857?seq=1>. Acesso em: 18 maio 2021

EIRÓ, F. O Programa Bolsa Família e os Pobres “Não Merecedores”: poder discricionário e os limites da consolidação de direitos sociais. *Boletim de Análise Político-Institucional*, [s. l.], n. 13, p. 65-70, 2017. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8124/1/BAPI_n13_Programa.pdf. Acesso em: 18 maio 2021.

FARIA, C. A. P. Idéias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-30, 2003. DOI: 10.1590/S0102-69092003000100004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092003000100004&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 18 maio 2021.

GOGGIN, M. L. *et al. Implementation Theory and Practice: Toward a Third Generation*. Glenview: Scott Foresman & Co, 1990, 230p.

GOGGIN, M. L. The “Too Few Cases/Too Many Variables” Problem in Implementation Research. *Western Political Quarterly*, [s. l.], v. 39, n. 2, p. 328-347, 1986. DOI: 10.1177/106591298603900210. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/106591298603900210>. Acesso em: 18 maio 2021.

HILL, M.; HUPE, P. **Implementing Public Policy: An Introduction to the Study of Operational Governance**. 2. ed. Londres: Sage, 2009, 232p.

HJERN, B.; PORTER, D. O. Implementation structures: a new unit of administrative analysis. In: HOLZNER, B.; KNORR, K. D.; STRASSER, H. (ed.). **Realizing social science knowledge**. Heidelberg: Physica, 1983. p. 265-277.

HUPE, P. What happens on the ground: Persistent issues in implementation research. **Public Policy and Administration**, [s. l.], v. 29 n. 2, p. 164-182, 2014. DOI: 10.1177/0952076713518339. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0952076713518339>. Acesso em: 18 maio 2021.

n. 39

*Contribuições para a
Avaliação da Efetividade
da Planificação da
Atenção à Saúde*

LESTER, J. P. *et al.* Public policy implementation: Evolution of the field and agenda for future research. **Review of Policy Research**, [s. l.], v. 7 n. 1, p. 200-216, 1987. DOI: 10.1111/j.1541-1338.1987.tb00038.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1541-1338.1987.tb00038.x>. Acesso em: 18 maio 2021.

LESTER, J. P.; GOGGIN M. L. Back to the Future: The Rediscovery of Implementation Studies. **Policy Currents**, [s. l.], v. 8, n. 3, p. 1-9, 1998.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. O papel da burocracia de nível de rua na implementação e (re) formulação da Política Nacional de Humanização dos serviços de saúde de Porto Alegre (RS). **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 46-63, 2017. DOI: 10.1590/0034-7612145223. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122017000100046&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 maio 2021.

LIPSKY, M. **Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services**. New York: The Russell Sage Foundation, 1980. 244 p.

LOTTA, G. S. Redes e Parcerias em Políticas Sociais: novos arranjos institucionais de coprodução de serviços nos municípios brasileiros. **Cadernos ENAP**, n. 51. Brasília: ENAP, 2017. 99 p. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/2884>. Acesso em: 02 jun. 2021.

LOTTA, G. S. *et al.* Por uma agenda brasileira de estudos sobre implementação de políticas públicas. **Revista do Serviço Público**, [s. l.], v. 69, n. 4, p. 779-810, 2018. DOI: 10.21874/rsp.v69i4.2917. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/2917>. Acesso em: 18 maio 2021.

LOTTA, G.; FAVARETO, A. **Os Arranjos Institucionais dos Investimentos em Infraestrutura no Brasil: uma análise sobre seis grandes projetos do Programa de Aceleração de Crescimento**. Texto para discussão, n. 2253. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2016, 53 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2253_web.pdf. Acesso em: 02 jun. 2021.

LOTTA, G. S.; VAZ, J. C. Arranjos Institucionais de Políticas Públicas: aprendizados a partir de casos do Brasil. **Revista do Serviço Público**, [s. l.], v. 66, n. 2, p. 171-194, 2015. DOI: 10.21874/rsp.v66i2.409. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/409>. Acesso em: 18 maio 2021.

MATLAND, R. E. Synthesizing the implementation literature: the ambiguity-conflict model of policy implementation. *J. Public Adm. Res. Theory*, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 145-174, 1995. DOI: 10.1093/oxfordjournals.jpart.a037242. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpart/article-abstract/5/2/145/880350?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 18 maio 2021.

MENICUCCI, T; MARQUES, A. M. F. Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 823-865, 2016. DOI: 10.1590/00115258201693. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582016000300823&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 maio 2021.

O'TOOLE JR, L. J. The Theory–Practice Issue in Policy Implementation Research. *Public Administration*, [s. l.], v. 82, n. 2, p. 309-329, 2004. DOI: 10.1111/j.0033-3298.2004.00396.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.0033-3298.2004.00396.x>. Acesso em: 02 jun. 2021.

OLIVEIRA, M. M.; CARVALHO, C. P. Implementação de uma Política Educacional de Combate ao Fracasso Escolar: percepções e ações de agentes implementadores em uma escola municipal no Rio de Janeiro. *Boletim de Análise Político-Institucional*, [s. l.], n. 13, p. 21-28, 2017. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8121/1/BAPI_n13_Implementa%20a7%20a3o.pdf. Acesso em: 18 maio 2021.

PIRES, R. R. C. Implementando Desigualdades? Introdução a uma agenda de pesquisa sobre agentes estatais, representações sociais e (re)produção de desigualdades. *Boletim de Análise Político-Institucional*, [s. l.], v. 13, p. 7-14, 2017. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8108/1/BAPI_n13_Implementando.pdf. Acesso em: 18 maio 2021.

PRESSMAN, J.; WILDAVSKY, A. *Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland*. 3. ed. Berkeley: University of California Press, 1973. 304 p.

SABATIER, P. A. Top-down and *bottom-up* approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. *Journal of Public Policy*, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 21-48, 1986. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/3998354>. Acesso em: 18 maio 2021.

SABATIER, P.; MAZMANIAN, D. The Implementation of Public Policy: A framework of analysis. *Policy Studies Journal*, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 538-560, 1980. DOI: 10.1111/j.1541-0072.1980.tb01266.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1541-0072.1980.tb01266.x>. Acesso em: 18 maio 2021.

SÆTREN, H. Facts and myths about research on public policy implementation: Out-of-Fashion, allegedly dead, but still very much alive and relevant. *Policy Studies Journal*, [s. l.], v. 33, n. 4, p. 559-582, 2005. DOI: 10.1111/j.1541-0072.2005.00133.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1541-0072.2005.00133.x>. Acesso em: 18 maio 2021.

SÆTREN, H. Implementing the third-generation research paradigm in policy implementation research: an empirical assessment. *Public Policy and Administration*, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 84-105, 2014. DOI: 10.1177/0952076713513487. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0952076713513487>. Acesso em: 18 maio 2021.

SCHOFIELD, J.; SAUSMAN, C. Symposium on Implementing Public Policy: Learning from Theory and Practice: Introduction. *Public Administration*, [s. l.], v. 82, n. 2, p. 235-248, 2004. DOI: [10.1111/j.0033-3298.2004.00392.x](https://doi.org/10.1111/j.0033-3298.2004.00392.x). Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.0033-3298.2004.00392.x>. Acesso em: 18 maio 2021.

SOUZA, C. Bureaucracy and policy implementation: book review. *Bras. Political Sci. Rev.*, São Paulo, v. 10, n. 3, e0011, 2016. DOI: 10.1590/1981-382120160003000011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-38212016000300603&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 maio 2021.

STOKER, R. P. A regime framework for implementation analysis: cooperation and reconciliation of federalist imperatives. *Review of Policy Research*, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 29-49, 1989. DOI: [10.1111/j.1541-1338.1989.tb01019.x](https://doi.org/10.1111/j.1541-1338.1989.tb01019.x). Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1541-1338.1989.tb01019.x>. Acesso em: 18 maio 2021.

TEBET, M. Symbolic and gender boundaries among the Bolsa Familia Beneficiaries. *Sociology and Anthropology*, [s. l.], v. 5, n. 8, p. 635-644, 2017. DOI: 10.13189/sa.2017.050807. Disponível em: <https://www.hrpub.org/download/20170730/SA7-19607529.pdf>. Acesso em: 18 maio 2021.

VAN METER, D. S.; VAN HORN, C. E. The policy implementation process: a conceptual framework. *Administration & Society*, [s. l.], v. 6, n. 4, p. 445-488, 1975. DOI: 10.1177/009539977500600404. Acesso em: 18 maio 2021.

WINTER, S. C. Implementation: introduction. In: PETERS, B. G.; PIERRE, J. (ed.). *The SAGE Handbook of Public Administration*, Londres: Sage Publications, 2012a, p. 255-264.

WINTER, S. Implementation perspectives: Status and reconsideration. In: PETERS, B. G.; PIERRE, J. (ed.). *The SAGE Handbook of Public Administration*, Londres: Sage Publications, 2012b, p. 265-278.

AVALIAÇÃO DA
EFETIVIDADE
COM FOCO NA
COORDENAÇÃO
DE CUIDADOS
ENTRE NÍVEIS DE
ATENÇÃO

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE COM FOCO NA COORDENAÇÃO DE CUIDADOS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO

3

Isabella Chagas Samico; Luciana Santos Dubeux; Eronildo Felisberto

INTRODUÇÃO

A avaliação é uma atividade inerente à natureza humana e que envolve necessariamente um julgamento ou juízo de valor. Considerado como um processo cognitivo refinado que conta com capacidades de percepções, intuição, raciocínio e experiências anteriores, o ato de avaliar acontece de maneira informal nas mais diversas situações e atividades do cotidiano, mas também formalmente, de modo sistemático e metodologicamente definido sobre qualquer intervenção – esta, entendida como um conjunto de meios físicos, humanos, financeiros e simbólicos, organizados em determinado contexto, com a finalidade de modificar uma situação problemática. Uma intervenção pode ser: equipamentos, insumos, técnicas, ações, serviços, programas, políticas, sistemas sociais, entre outros (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004; CHAMPAGNE *et al.*, 2011a; STUFFLEBEAM; CORYN, 2014).

A construção do campo da avaliação, de forma sistematizada, vem acontecendo ao longo do tempo a partir dos avanços do pensamento científico e filosófico, do maior conhecimento sobre as intervenções e referenciais teórico-metodológicos. Ademais, a complexidade do mundo contemporâneo que convive com antigos e novos problemas e respectivas intervenções passíveis de resolvê-los, o volume e a velocidade de dados e informações e o papel cada vez maior da tecnologia/biotecnologia e inteligência artificial são desafios concretos que devem ser tomados em conta na prática avaliativa (CHAMPAGNE *et al.*, 2011a; STUFFLEBEAM; CORYN, 2014).

É a partir da segunda metade do século XX, após a segunda guerra mundial, que se observam mudanças significativas no entendimento da avaliação como uma etapa importante para a prática profissional. Com um

Estado mais intervencionista, os instrumentos de avaliação para as ações tornaram-se mais utilizados. Somando-se a isso, a autonomia dos profissionais liberais sobre suas ações passou, com mais frequência, a depender das entidades empregadoras; e, com o crescimento do setor privado, a qualidade dos serviços tornou-se um pilar de sustentação para as empresas, além do aumento no nível de reivindicação dos clientes (SAMICO, 2003; CHAMPAGNE *et al.*, 2011c).

Data dessa mesma época (anos 1950) a incorporação da avaliação no desenvolvimento dos programas de saúde. Entretanto, apenas nos anos 1970 foi considerada como um componente imprescindível, apontando não só para um resultado finalístico, mas focalizando, também, o processo e os efeitos da sua implementação (SAMICO, 2003).

O campo da avaliação perpassa por diversas áreas do conhecimento, disciplinas e atividades de aplicação e, por consequência, apresenta uma variedade de tipologias, abordagens e estratégias metodológicas. A definição de determinada tipologia estará sempre na dependência de questões consideradas pertinentes, do objeto/intervenção e da pergunta avaliativa (SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010). No bojo dessa diversidade, encontram-se diferentes autores afiliados a escolas teóricas (grupos de pesquisa, associações, entre outras) que têm estabelecido classificações no sentido de sistematizar as diferentes tipologias de avaliação, como avaliação estratégica, da lógica da intervenção, da produção, dos efeitos, do rendimento, da implantação (CHAMPAGNE *et al.*, 2011a), da qualidade (VUORI, 1991), do desempenho (SICOTTE *et al.*, 1998).

Entre os aspectos centrais e desafiadores relacionados com a avaliação de intervenções, em particular de intervenções sociais, está o de determinar se os resultados alcançados pela intervenção são decorrentes de suas ações/atividades específicas, independentemente de outros fatores. É nesse caso, portanto, que se insere a avaliação de efetividade ou dos efeitos – uma questão considerada relevante e com crescente demanda por parte de gestores de políticas e programas. Entretanto, em que pese o uso cada vez maior do foco em resultados para prestação de contas, alocação financeira e tomada de decisão, tais avaliações ainda são desenvolvidas com pouca frequência (ABE; MIRAGLIA, 2018; CHAMPAGNE *et al.*, 2011b; GERTLER *et al.*, 2018).

Ao considerar a avaliação de efetividade, é necessário delimitar o contexto no qual a intervenção encontra-se inserida. Esta pode sofrer influência de elementos contextuais de nível macro (políticas e diretrizes nacionais), nível meso (diretrizes, normas desenvolvidas por gestores locais/regionais) e nível micro (ações, dispositivos, ferramentas desenvolvidas por gestores locais e profissionais) (VÁZQUEZ; VARGAS, 2009).

Nesse cenário, o campo da saúde se apresenta de maneira transversal, com desenvolvimento de intervenções que perpassam desde o nível macro (sistema de saúde) ao micro (unidades de saúde). No que tange, especificamente, aos níveis meso e micro é que se inserem as unidades e as RAS, cabendo ressaltar que não se deve desconsiderar a relação e a influência de fatores de âmbito macro nos diferentes lócus de atenção à saúde.

Na conformação das RAS, a coordenação entre diferentes níveis de atenção (atenção primária, especializada e hospitalar) é um dos elementos fundamentais. Entretanto, avaliações da efetividade de intervenções, identificando mudanças e inovações, que possibilitem melhorar essa coordenação ainda são pouco realizadas no contexto brasileiro e da América Latina (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008; VÁZQUEZ *et al.*, 2015; VÁZQUEZ *et al.*, 2017; VARGAS *et al.*, 2018; JESUS *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2019; GALLEGO-ARDILA *et al.*, 2019). Essas avaliações se tornam oportunas tendo em vista o perfil epidemiológico da população com aumento da expectativa de vida, maior prevalência de condições crônicas e a fragmentação da atenção à saúde e da necessidade de fortalecimento das RAS, dos processos de regionalização da saúde, da atenção primária como coordenadora do cuidado e de processos e resultados mais efetivos de articulação entre os diferentes níveis de atenção.

Nesse sentido, este capítulo apresenta uma descrição das bases conceituais sobre avaliação de efetividade com enfoque na coordenação de cuidados entre níveis de atenção à saúde, decorrente de uma revisão narrativa da literatura, realizada a partir de buscas de artigos em periódicos científicos (Scientific Electronic Library Online – SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, Medline – PubMed), livros, capítulos de livros e coletâneas, teses, dissertações e documentos institucionais. Foram utilizados os seguintes descritores: ‘Avaliação de efetividade em saúde’, ‘Efetividade’, ‘Coordenação do cuidado em saúde’, ‘Coordenação da atenção em saúde’, ‘Níveis de atenção em saúde’, ‘Coordenação entre níveis de atenção em saúde’.

AValiação DE EFETIVIDADE: ASPECTOS CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS

A avaliação de efetividade ou denominada análise dos efeitos para alguns autores (CHAMPAGNE *et al.*, 2011b) é considerada a tipologia mais clássica no campo da avaliação de intervenções. Consiste em determinar a eficácia das intervenções por meio do estudo das relações causais entre uma intervenção e seus efeitos. No que concerne às tipologias avaliativas, é frequente observar certa dificuldade em delimitar as características de uma avaliação normativa de resultados e a avaliação de efetividade. Esta considera o conjunto dos efeitos possíveis de uma intervenção e apresenta como objeto a relação de causalidade entre intervenção e efeitos. Já a avaliação normativa norteia-se pelos efeitos almejados/previstos pela intervenção, limitando-se a comparar os efeitos observados aos resultados esperados (CHAMPAGNE *et al.*, 2011b).

A título de ilustração, tomam-se como exemplo dois estudos. O primeiro, que avaliou a qualidade da atenção a portadores de diabetes mellitus (DM) em unidades de saúde da família de município do estado de Pernambuco, Brasil, desenvolveu uma avaliação normativa das ações de atenção ao DM, a partir das dimensões de estrutura, processo e resultado. Para a dimensão de resultados, foram analisados indicadores de mortalidade e hospitalizações por complicações de DM. Na análise, utilizou-se como padrão o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus e o Plano Municipal de Saúde que seguem as normas do Ministério da Saúde. Como resultados, demonstrou-se que a qualidade da atenção à DM foi classificada como regular, com a dimensão estrutura apresentando baixo escore, e a dimensão processo, com bom escore. A dimensão resultados apresentou-se sem variações significativas para o período estudado (TAVARES *et al.*, 2014). Assim, nesse estudo, podem-se observar os efeitos almejados/previstos pela intervenção, não sendo possível estabelecer uma relação de causalidade entre intervenção e resultados observados.

O segundo estudo, que teve como objetivo avaliar o efeito da expansão da cobertura da ESF sobre Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) em crianças menores de 1 ano, apresenta uma avaliação de efetividade da ESF por meio de estudo ecológico longitudinal

com uso de painel de dados nos municípios da Bahia, Brasil, entre 2000 e 2012. Os dados foram obtidos dos sistemas de informação em saúde, sendo o desfecho a taxa de ICSAP e a cobertura da ESF a exposição principal. Realizou-se análise de regressão bivariada e multivariada. A mediana das taxas municipais de ICSAP reduziu 52,5% no período, variando de 96,9 para 46,0 hospitalizações evitáveis por mil nascidos vivos; e esta redução se manteve nos diferentes níveis de cobertura da ESF. O estudo demonstrou também a efetividade da ESF na redução das ICSAP em menores de 1 ano (JÚNIOR *et al.*, 2018). Nesse estudo, portanto, foi possível estabelecer uma relação entre a intervenção e os efeitos mensurados.

Uma das características do campo da avaliação é a sua polissemia, observada desde as definições até a diversidade de estratégias metodológicas. Por ser considerado um campo transversal que perpassa diferentes áreas do conhecimento, essa polissemia atribuída à avaliação é quase inevitável. Alguns autores, como Patton (2018), têm refletido sobre a ‘ciência da avaliação’, posto que esta trabalha com a investigação sistemática de como as intervenções modificam o trabalho do mundo quanto ao mérito, valor, utilidade e significância. Ainda, apresenta um *corpus* de conhecimento (*Body of Knowledge*) caracterizado por uma diversidade de pontos de vista, modelos, métodos e abordagens, e sua transdisciplinaridade apoiada na construção do conhecimento em diferentes disciplinas. Assim, essa polissemia está, também, relacionada com os termos e denominações no campo da avaliação, não sendo diferente para a temática da avaliação de efetividade. Torna-se necessário, portanto, ter clareza acerca das diferentes denominações que podem ser utilizadas como medidas de efeito, quais sejam: eficácia, efetividade, eficiência, reconhecidas como atributos da qualidade (DONABEDIAN, 1990; VUORI, 1991).

No âmbito das abordagens para avaliação da qualidade em saúde, Donabedian (1990, 1992) propôs duas sistematizações que são amplamente utilizadas em estudos avaliativos: a primeira, o Modelo Sistêmico, que analisa a relação entre elementos de Estrutura, Processo e Resultado; e a segunda, o modelo baseado em atributos ou dimensões denominados como os Sete Pilares da Qualidade, que são: Efetividade, Eficácia, Eficiência, Equidade, Aceitabilidade, Otimização e Legitimidade. Na literatura, observam-se diferentes definições para esses atributos que variam segundo autores e referenciais teóricos.

As definições sobre os atributos diretamente relacionados com medidas de efeito – eficácia, efetividade e eficiência – são descritas de várias formas; os autores incorporam novos termos e significados na dependência, muitas vezes, do avanço do conhecimento de determinada área de estudo, do contexto e do objeto a ser avaliado. De forma geral, observa-se certo consenso, especialmente na área da saúde, em relação aos conceitos propostos por Donabedian (1990), que podem ser balizados por perguntas condutoras, conforme descrito abaixo e no Quadro 1 (DONABEDIAN, 1990; VUORI, 1991).

- **Eficácia:** habilidade da ciência em proporcionar melhorias na saúde e bem-estar social em circunstâncias ideais. A capacidade de produzir o efeito desejado quando o serviço é colocado em “condições ideais de uso”. A pergunta: ele pode funcionar?

- **Efetividade:** melhorias na saúde que são alcançadas ou esperadas que sejam alcançadas em circunstâncias cotidianas. A capacidade de produzir o efeito desejado quando “em uso rotineiro”; consiste na relação entre o impacto real e o potencial. A pergunta: o programa ou serviço funciona?

- **Eficiência:** medida de custo no qual se alcançam melhorias na saúde. A relação entre o impacto real e o custo das ações. A pergunta: o programa ou serviço vale a pena funcionar com os recursos empregados?

QUADRO 1. Atributos relacionados a medidas de efeito, conforme os pressupostos de Donabedian (1990) e Vuori (1991)

Eficácia	Condições Ideais Funciona?
Efetividade	Condições Reais Pode funcionar?
Eficiência	Custos/Recursos/Valor monetário Vale a pena?

FONTE: FRIAS ET AL., 2010.

Por outro lado, autores como Champagne *et al.* (2011b) sistematizaram essa terminologia e respectivas definições com algumas variações, embora se observem similaridades com referencial de Donabedian (1990)

no que diz respeito ao significado conceitual. Consideram o termo eficácia seguido de uma expressão qualificadora que os distinguem, à exceção do termo Eficiência (Quadro 2).

- *Eficácia teórica*: situada no contexto da pesquisa de laboratório; ambiente é totalmente controlado e não há variabilidade no comportamento dos indivíduos. Equivalente aos estudos de avaliação da eficácia.

- *Eficácia de ensaios clínicos*: medida dos ensaios clínicos randomizados. Constituem grupo experimental e grupo controle, selecionados de forma aleatória para garantir a similaridade dos dois grupos e as condições de administração da intervenção são controladas. Equivalente aos estudos de avaliação da eficácia.

- *Eficácia de utilização*: estima-se ao analisar os resultados de uma intervenção em contexto natural/real sobre os indivíduos que dela se beneficiam. Equivalente aos estudos de avaliação da efetividade.

- *Eficácia populacional*: efeitos de uma intervenção não somente para aqueles que se beneficiam dela, mas também para toda a população. Considera-se grau de cobertura da intervenção, aceitabilidade e acessibilidade na população-alvo. Equivalente aos estudos de avaliação da efetividade/impacto.

- *Eficiência*: relações entre recursos e efeitos observados expressas pelos custos (*inputs* – entradas) relacionados com as consequências (*outcomes* – resultados) das intervenções.

QUADRO 2. Medidas de efeitos conforme os pressupostos de Champagne et al. (2011b)

Eficácia Teórica	Laboratório
Eficácia de Ensaio Clínicos	Ensaio clínicos
Eficácia de Utilização	Prática normal
Eficácia Populacional	Comunidade/população
Eficiência	Relação Recursos/Custos e resultados

FONTE: CHAMPAGNE ET AL., 2011B.

Especificamente com relação à avaliação da eficácia de utilização ou avaliação de efetividade, os indivíduos não são selecionados em função de características individuais preestabelecidas (condição de inclusão/exclusão dos ensaios clínicos). As condições de administração da experimentação não são controladas e podem ocorrer variações no comportamento dos participantes. O conceito relaciona-se com os efeitos das ações e práticas de saúde implementadas, ou seja, modificações introduzidas por uma intervenção em um contexto da vida real. Trata-se da medida do alcance de intervenções, sejam estas procedimentos, tratamentos ou serviços em condições reais ou rotineiras (CHAMPAGNE *et al.*, 2011b).

Campbell *et al.* (2000, p. 1614), em estudo sobre a temática da qualidade dos cuidados em saúde, consideram que uma atenção com qualidade deve estar centrada nas dimensões de ‘acesso’ e ‘efetividade’: “se os indivíduos podem acessar as estruturas e os processos da atenção de que necessitam e se esta atenção recebida é efetiva” (SAMICO, 2003).

Para Scriven (2018), o termo efetividade, muitas vezes, é utilizado para se referir à avaliação baseada no alcance dos objetivos, e isso se deve, em parte, por conta da elaboração de índices de efetividade em meados do século XX, quando, à época, a prática avaliativa era considerada como a medição do alcance dos objetivos de programas. A efetividade pode ser considerada como o alcance de um resultado que pode ou não ter sido incluído nas metas de um programa (SCRIVEN, 2018).

Por outro lado, Patton (2008), em seu trabalho sobre avaliação focada na utilização (*Utilization-Focused Evaluation*), reflexiona acerca de processos avaliativos centrados em resultados, considerando que, tradicionalmente, a avaliação, muitas vezes, é tida como sinônimo de alcance de metas. Nesse sentido, a medida dos resultados/efeitos se traduziria na mensuração de metas das intervenções desenvolvidas. Problematiza esse entendimento, especialmente, quando se objetiva determinar em que medida um programa/intervenção atingiu suas metas, considerando aspectos positivos e a necessidade de ter atenção a uma gama de questões, como a definição clara das metas, a visão e compreensão dos envolvidos no processo avaliativo e a comunicação e utilização (metas e resultados). A mensuração do alcance de metas como tradução da efetividade de intervenções pode, por vezes, ser paradoxal porque a tomada de decisão no mundo real não é totalmente racional e lógica (PATTON, 2008).

Tomando-se outras áreas do conhecimento, como a Administração Pública, verificam-se também variações semânticas. Autores como Chivenato (1994) e Castro (2006) consideram a eficácia como uma medida normativa do alcance dos resultados e eficiência, assim como uma medida normativa da utilização de recursos traduzida por uma relação entre custos e benefícios. Já a efetividade, definida como o grau ou em que medida os resultados de uma ação produzem benefício à população, é percebida como conceito mais complexo e abrangente, em particular quando comparado à eficácia, por ser capaz de indicar se determinado objetivo foi alcançado e gerou benefícios à população.

Nessa mesma linha, Sano e Filho (2013) refletem sobre as bases conceituais e operacionais da avaliação da eficácia, efetividade e eficiência (os 3Es) na gestão pública e sua utilização nas ações públicas para o desenvolvimento social. No processo avaliativo, consideram tais atributos como os mais tradicionalmente utilizados no campo da Administração Pública. Apresentam referenciais teórico-metodológicos propostos por outros autores, demonstrando a relevância desses elementos para o desenvolvimento de avaliações, tais como: avaliação de metas (eficácia); avaliação de impacto (efetividade); avaliação do processo (eficiência), bem como para o monitoramento de políticas e programas, com possibilidade de uso dos 3Es segundo a tríade estrutura-processo-resultado/impacto. Para além do monitoramento, propõe-se, como possibilidade, a utilização dos 3Es em etapas de um processo avaliativo, tais como a que antecede o início do projeto (*ex ante*), durante a etapa de constituição (*pari passu*) e pós-ação (*ex post*). Para tanto, adotam as definições de Souza (2008), segundo o qual a eficácia resulta da relação entre metas alcançadas e metas pretendidas, a efetividade é verificada a partir da avaliação das transformações advindas da ação e a eficiência resulta em fazer mais com menos recursos.

No contexto das políticas públicas e desenvolvimento social, considerando que a avaliação de efetividade tem por finalidade identificar os efeitos produzidos sobre uma população-alvo de determinada intervenção (um programa, por exemplo), ressalta-se a necessidade de ter atenção à principal dificuldade que é a da garantia da vinculação entre as ações da intervenção e as mudanças observadas. Em vista disso, recomendam a identificação de estratégias teórico-metodológicas complementares que possibilitem captar

outros fatores que possam influenciar os resultados obtidos nas avaliações de efetividade (SANO; FILHO, 2013).

Alinhado a essas ponderações, Jannuzzi (2014), ao refletir sobre a temática da avaliação de programas sociais, considera que a realização de avaliação de resultados e impactos de programas sociais (ou avaliação de efetividade) deve ser o momento para estudos detalhados sobre os diversos componentes de uma intervenção, sua operacionalização, impactos sociais, capacidade de inovação, tendo em conta os diversos contextos nos quais se inserem os programas, e não apenas a medida do alcance de seus objetivos. Entretanto, a definição desse momento de avaliação de efetividade é:

Um misto de técnica, política e arte, pois avaliações precoces podem colocar a perder a legitimidade de um programa e projeto meritório que ainda não teve tempo de se estruturar; ao passo que avaliações tardias podem comprometer recursos e esforços que poderiam ser utilizados de forma mais eficiente e eficaz na mitigação da problemática social em questão. (JANNUZZI, 2014, p. 29).

Em decorrência dos múltiplos fatores envolvidos na determinação dos efeitos de uma intervenção, em especial de intervenções heterogêneas e complexas com extensas redes de causalidade, torna-se difícil atribuir uma relação direta entre os efeitos observados e a intervenção. O desafio que se impõe é, portanto, definir qual o dispositivo metodológico mais apropriado para o desenvolvimento de avaliações de efetividade.

Entre as múltiplas possibilidades de abordagens, aquelas originárias da epidemiologia são amplamente reconhecidas e utilizadas, sendo os desenhos experimentais mais utilizados para avaliar a eficácia das intervenções; e os quasi-experimentais, a sua efetividade dentre outras possibilidades. Vale salientar que se deve estar atento às limitações de cada abordagem e reforça-se a importância da articulação entre as diversas áreas do conhecimento quando da implementação de processos avaliativos (AQUINO; MEDINA; BARRETO, 2014; WHITE; SABARWAL, 2014; ALMEIDA-FILHO; BARRETO; ROUQUAYROL, 2014).

Na análise dos efeitos, Champagne *et al.* (2011b) sistematizam as diversas opções metodológicas na denominação única de Pesquisa Experimental, agrupando-as, porém, em dois grandes eixos, conforme a opção de

método adotada: i) Desenhos da Pesquisa Experimental – Experimentação Provocada; e ii) Desenhos da Pesquisa Experimental – Experimentação Inocuada. O primeiro eixo equivale aos desenhos experimentais ou de intervenção (ensaios clínicos ou intervenção randomizados) clássicos do campo da epidemiologia (BLOCH; COUTINHO, 2008) nos quais é possível utilizar a aleatoriedade na definição de participantes, grupos, características. No segundo eixo, encontram-se os desenhos com similaridades aos quasi-experimentais (ensaios clínicos ou intervenção não randomizados) e observacionais (estudos de coorte, caso-controle e transversal) da epidemiologia (CARNEIRO, 2002; BLOCH; COUTINHO, 2008), pois não se pode produzir aleatoriedade, devendo-se lançar mão das variações naturais; identificam-se comparações possíveis entre grupos já existentes. Em ambos os eixos, há uma variedade na conformação dos desenhos, desde alocação de grupos pré-teste, pós-teste, antes-depois, grupos caso-controle, séries cronológicas ou temporais.

Considerando as dificuldades e os desafios postos para avaliação da efetividade de intervenções complexas, outras sistematizações (*frameworks*) de alternativas metodológicas são encontradas na literatura. Em estudo sobre desenhos metodológicos para avaliação de desempenho e impacto de programas de saúde, Habicht, Victora e Vaughan (1999) propuseram um modelo de análise baseado em três diferentes níveis de inferência de efetividade das intervenções, os quais também podem ser balizados por perguntas condutoras, conforme descrito abaixo.

- *Análise da adequação*: as mudanças esperadas pela intervenção estão acontecendo. A pergunta: os objetivos do programa/intervenção foram alcançados? Estudos descritivos, como aqueles de tendências temporal de indicadores de processo e/ou impacto seguindo uma intervenção, medidas únicas comparando com metas ou avaliação de cobertura.

- *Análise da plausibilidade*: as mudanças observadas parecem ser devidas ao programa. A pergunta: é provável que o efeito observado seja devido ao programa/intervenção? Estudos observacionais, sendo um dos mais utilizados os quase-experimentais. Requer análise de fatores externos como explicativos do efeito da intervenção. Em outras palavras, analisam se o efeito observado se deve à intervenção ou a fatores externos, exigindo algum tipo de grupo controle, como em estudos observacionais com grupos de comparação com controle de fatores externos.

• *Análise da probabilidade*: essenciais para determinar a eficácia de novas intervenções e adequados para cadeias causais curtas (efeito biológico de drogas, medicamentos, vacinas). Geralmente medem eficácia, e não efetividade. A pergunta: qual a probabilidade estatística que o programa/intervenção tenha realmente efeito? Requer alocação aleatória das unidades de estudo para que estas recebam ou não intervenção; são os ensaios controlados randomizados.

As avaliações com delineamento de plausibilidade, mesmo sem randomização, estabelecem relações causais a partir de estudos observacionais com comparações entre grupos, permitindo informar se os efeitos são decorrentes da intervenção. O delineamento de adequação, mais simples, permite demonstrar a direção da tendência nos indicadores de processo e de efeitos, sugerindo se a intervenção está no caminho esperado, sem, entretanto, afirmar que é decorrente dela.

Evidências de adequação e plausibilidade são tão importantes quanto os níveis de significância estatística ou intervalos de confiança e, também, possibilitam garantir inferências causais verossímeis. Em algumas situações, constituem-se em estratégias preferenciais ou únicas para responder às demandas de tomadores de decisão, fornecendo achados válidos de efetividade e impacto (HABICHT; VICTORA; VAUGHAN, 1999; VICTORA; HABICHT; BRYCE, 2004).

Particularmente, o desenho quasi-experimental é um estudo no qual o investigador intervém na característica que está sendo investigada. Não há alocação aleatória dos participantes ou de áreas aos grupos que receberão ou não a intervenção, sendo esta a principal diferença em relação ao estudo experimental. Os grupos ou áreas que receberão ou não a intervenção são, geralmente, formados considerando-se os aspectos administrativos, os critérios operacionais e o recrutamento de voluntários, e pode ser implementado concomitantemente à execução das ações. É bem aplicado para avaliar programas que atingem grandes populações – e, por razões éticas –, uma vez que o programa não necessita ser interrompido para ser avaliado (WHITE; SABARWAL, 2014; STUFFLEBEAM; CORYN, 2014).

A adoção de determinada abordagem dependerá do objeto/intervenção a ser avaliado, da pergunta avaliativa, dos objetivos propostos, da disponibilidade de recursos (infraestrutura, humanos, financeiros) e tempo suficiente e oportuno. Ademais, não se deve desconsiderar o papel dos in-

interessados (*stakeholders*), em especial dos tomadores de decisão, a abrangência e tipos de decisões, quantidade e precisão das informações necessárias. Cabe enfatizar que, em que pese a simplicidade ou complexidade metodológica, o rigor na elaboração do desenho, a coleta e a análise devem ser similares (GERTLER *et al.*, 2018).

AVALIAÇÃO DE EFETIVIDADE DE INTERVENÇÕES NO ÂMBITO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO

É crescente a necessidade de realizar processos avaliativos que demonstrem os efeitos de intervenções que são implementadas com vistas a promover melhorias nos processos de coordenação entre níveis de atenção, especialmente quando se constata a fragmentação dos serviços e da assistência à saúde associada a mudanças no perfil epidemiológico da população com aumento da expectativa de vida e maior prevalência de condições crônicas (WHO, 2008; PAHO, 2011; SENGUPTA, 2013; GIOVANELLA *et al.*, 2018).

A maior parte dos países da América Latina vem desenvolvendo reformas em seus modelos de atenção à saúde a partir do fortalecimento da APS, considerando-a como norteadora do cuidado ao longo do contínuo assistencial. Apesar dos esforços, dificuldades e desafios são enfrentados pelos sistemas e serviços de saúde para que se tenha uma adequada conformação das redes assistenciais e uma efetiva coordenação do cuidado (WHO, 2008; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017; ALMEIDA *et al.*, 2018).

Estudo realizado no Brasil (três municípios da região Nordeste) e na Colômbia, em meados dos anos 2000, para avaliar o desempenho de redes de serviços de saúde, demonstrou fragilidades quanto aos resultados intermediários (acesso e coordenação entre níveis) e finais (qualidade da atenção). Identificou barreiras de acesso relacionadas com as políticas de saúde e estruturais, escassa transferência da informação clínica entre os níveis de atenção e insuficiências na qualidade da atenção ao DM quanto a exames diagnósticos e seguimento clínico (VARGAS *et al.*, 2015).

Nesse contexto, as Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) no âmbito da América Latina e as RAS no caso do Brasil (PAHO, 2011; MENDES, 2011) se constituem em intervenções possíveis que possibilitam uma atenção à saúde mais eficiente, integral e de maior qualidade e contribuem

para uma coordenação entre níveis mais efetiva. Entretanto, ainda são poucas as reformas com foco na coordenação dos cuidados (VÁZQUEZ *et al.*, 2007; MONTENEGRO *et al.*, 2011). Do ponto de vista conceitual, as RISS são definidas como um conjunto de organizações que oferecem uma atenção coordenada por meio de um contínuo de cuidados a uma população determinada, responsabilizando-se pelos custos e resultados na saúde da população (PAHO, 2011), enquanto as RAS constituem-se em arranjos organizativos, poliárquicos, formados por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial. Compõem-se por três elementos: população, estrutura operacional e modelos de atenção à saúde (MENDES, 2011).

A inadequada ou ausência de coordenação do cuidado tem sido um dos principais obstáculos para a organização de sistemas integrais de saúde, pois é reconhecida como mecanismo capaz de garantir a continuidade da atenção e otimizar o uso dos recursos em saúde (PAHO, 2011). Estudos de revisão da literatura (POWELL *et al.*, 2008) destacam dificuldades na APS em desenvolver sistemas consistentes para a coordenação do cuidado, tais como registros integrados de pacientes, sistemas de informação, avaliações e centrais de regulação compartilhadas.

O conceito de coordenação é diverso e multidimensional. Na literatura, encontram-se diferentes definições a partir de referenciais de diferentes autores. Mitchell e Shortell (2000) definem coordenação como o gerenciamento de um sistema de intercâmbios e enfatizam o papel da comunicação para o fortalecimento desse processo. Por outro lado, Starfield (2002a, 2002b), em seus estudos sobre a atenção primária, amplia o conceito e considera a coordenação como a capacidade de garantir a continuidade da atenção na rede de serviços, com habilidades para reconhecer, encaminhar e promover a integração entre os serviços de saúde. Já Hartz e Contandriopoulos (2004) reforçam esse elemento articulador entre os serviços e entendem a coordenação como a principal finalidade dos processos de integração de serviços de saúde. Nesse mesmo sentido, Calnan, Hutten e Tiljak (2006) afirmam que a coordenação tem a perspectiva de articular de forma sincronizada diversos serviços e ações de saúde e que, para tanto, deve haver disponibilidade de uma rede assistencial integrada com todos os níveis de atenção. Por seu turno, Terraza-Núñez, Lorenzo e Navarrete (2006) definem a coordenação assistencial como um acordo entre todos os serviços

relacionados com a atenção do paciente, independentemente do lugar onde se oferte, de maneira que se harmonize e se alcance um objetivo comum, administrando os possíveis conflitos, com foco na interação entre provedores.

A partir de estudos sobre sistemas e serviços de saúde, Reid, Haggerty e Mckendry (2002) e Haggerty *et al.* (2003) sistematizaram, em uma tipologia, as diferentes formas de abordagem e análise para a coordenação da atenção à saúde, considerando três tipos: coordenação da informação, da gestão clínica e administrativa.

A coordenação da informação traduz-se pela transferência da informação clínica e biopsicossocial e a utilização dessas informações por profissionais de outro nível da atenção para tomada de decisão clínica, abrangendo, assim, duas dimensões: transferência e utilização da informação. A coordenação da gestão clínica é a provisão da atenção de forma sequencial e complementar, dentro de uma estratégia compartilhada por diferentes níveis de atenção, sendo caracterizada por três dimensões: coerência da atenção, acessibilidade entre níveis e adequado seguimento do usuário. A coordenação administrativa refere-se ao acesso coordenado do usuário na continuidade de sua assistência considerando suas necessidades. Caracteriza-se pela existência de mecanismos, como circuitos administrativos e centrais de referências e ordenação do acesso. Se, por um lado, a integração clínica é reconhecida como o maior nível de coordenação, por outro, o termo continuidade compreende a forma como o usuário percebe a coordenação, com coerência e integrada, dos serviços e ações ao longo do tempo (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002; VARGAS *et al.*, 2011; VÁZQUEZ *et al.*, 2015).

Embora não se verifique consenso na literatura com relação à melhor abordagem para a avaliação da coordenação e continuidade entre níveis de atenção à saúde, há estudos que evidenciam que insuficiências ou ausência de coordenação entre os níveis de atenção são, frequentemente, causas de precária qualidade assistencial, observando-se duplicação de exames, excesso na medicalização, encaminhamentos inadequados e manejos clínicos incompatíveis entre os diferentes níveis e serviços. (OVRETVEIT, 2009; BODENHEIMER, 2008; VÁZQUEZ; VARGAS, 2009; VÁZQUEZ *et al.*, 2015).

O Quadro 3 apresenta a tipologia elaborada por Reid, Haggerty e Mckendry (2002) e Haggerty *et al.* (2003) sobre coordenação da atenção à saúde por dimensões e atributos.

QUADRO 3. Tipos, dimensões e atributos da coordenação da atenção à saúde

TIPOS	DIMENSÕES	ATRIBUTOS
Coordenação da informação	Transferência da informação clínica e biopsicossocial	Disponibilidade de mecanismos adequados para transferência de informação - Existência de mecanismos - Acesso ágil e oportuno à informação - Conteúdos da informação adequados
	Utilização da informação	Registro adequado da informação pelos profissionais Consulta da informação transferida Incorporação na prática clínica
Coordenação da gestão clínica	Seguimento adequado do paciente	Existência de um responsável clínico do seguimento
		Evidência de comunicação oportuna com o responsável na transferência Consulta de seguimento oportuna depois da transferência
	Acessibilidade entre níveis	Provisão da atenção sem interrupções
	Coerência da atenção	Existência de objetivos clínicos, exames e tratamentos compartilhados
Reconciliação de tratamentos Adequação clínica da transferência do paciente Inexistência de duplicação de exames, consultas, medicamentos		
Coordenação administrativa	Circuitos administrativos estabelecidos	- Existência de mecanismos para a coordenação administrativa - Referência administrativa do paciente a unidade adequada
	Ordenação do acesso	- Programação prévia da consulta, exame etc.

FONTE: REID, HAGGERTY E MCKENDRY (2002) E HAGGERTY ET AL. (2003).

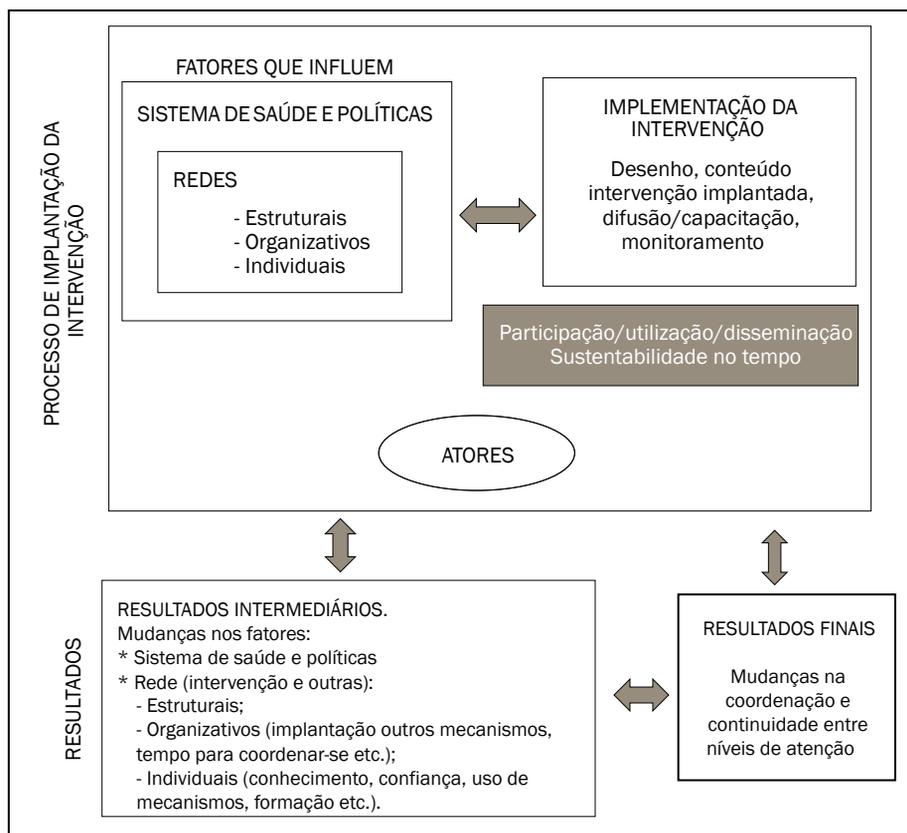
Se, por um lado, há evidências sobre a necessidade de fortalecer a coordenação entre níveis de atenção como um dos elementos fundamentais para a integração adequada das redes de serviços de saúde com conseqüente melhoria da qualidade, com uma assistência mais resolutiva, por outro, constata-se a necessidade de desenhos de pesquisas que abordem a efetividade de intervenções que melhorem a integração e coordenação da atenção à saúde.

Nesse sentido, Vázquez *et al.* (2015) desenvolveram um estudo multicêntrico conduzido em seis países da América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, México e Uruguai), durante o período de 2013 a 2019, denominado “Impacto de estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina” – Pesquisa Equity – LA II (www.equity-la.eu) com o objetivo de avaliar a efetividade de estratégias de integração da atenção na melhoria da coordenação e na qualidade da atenção das redes de serviços de saúde.

Desenvolveu-se uma avaliação de efetividade por meio de desenho de estudo quasi-experimental, do tipo antes-depois, com grupos caso e controle associado à abordagem de pesquisa-ação participativa (envolvimento de profissionais, gestores e usuários). Utilizaram-se abordagens quantitativa e qualitativa. Em cada país, selecionaram-se duas redes de serviços de saúde (caso e controle). O estudo foi desenvolvido em três etapas: 1. Estudo de linha de base (2014-2015); 2. Desenho e implantação de intervenções (2016-2017); 3. Avaliação da efetividade e da implantação das intervenções (2018-2019).

A Figura 1 apresenta o marco teórico para a avaliação de efetividade utilizado no qual contempla duas partes: Na primeira, de análise do processo de implantação da intervenção, possibilitou-se identificar e conhecer os diferentes fatores contextuais e características da intervenção propriamente dita que influenciaram e/ou explicaram os efeitos observados; na segunda parte, definiram-se indicadores de resultados intermediários e finais para mensuração das mudanças verificadas na coordenação e continuidade da atenção a partir da implantação da intervenção.

FIGURA 1. Marco Teórico da Avaliação da Efetividade – Pesquisa Equity LA II



FONTE: PESQUISA EQUITY LA II (VÁZQUEZ ET AL., 2015).

De forma geral, em todas as áreas estudadas dos seis países, os resultados do estudo de linha de base demonstraram limitada coordenação e continuidade da atenção, particularmente na transferência de informação, no seguimento do paciente, inadequações em encaminhamentos e falta de consenso em relação ao tratamento. Identificaram-se fatores profissionais, organizacionais e individuais (interação entre profissionais) associados às dificuldades de coordenação. A partir dos problemas identificados, em cada rede definida como caso/intervenção de cada país, elaboraram-se e implantaram-se intervenções por meio de estratégias de pesquisa-ação participativa, tendo como eixo principal: intervenções para melhoria na comunicação e consensos

entre os profissionais dos diferentes serviços. Os resultados do processo de implantação revelaram que fatores contextuais (políticos e institucionais), do conteúdo das intervenções e do processo participativo foram determinantes para uma implementação satisfatória. Evidenciou-se a relevância de mecanismos de adaptação mútua, como a implementação de reuniões conjuntas (presenciais e/ou à distância) entre os profissionais. A avaliação da efetividade pós-implantação das intervenções demonstrou, de forma geral, mudanças positivas nos resultados intermediários (conhecimento e confiança entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção) e finais (concordância com os tratamentos e percepção da existência de coordenação entre níveis de atenção). Melhores resultados também foram observados quanto à continuidade da atenção, avaliada a partir da percepção dos usuários. Demonstrou-se a importância de estratégias do tipo *bottom-up* e participativas com vistas à institucionalização e sustentabilidade das intervenções. Ademais, o desenho quase-experimental de avaliação da efetividade mostrou-se adequado e robusto em captar as mudanças ocorridas. No entanto, é importante estar atento à necessidade de novas avaliações que demonstrem efeitos mais perenes, levando-se em consideração os tempos de implantação das intervenções e a dinâmica dos diversos contextos (VÁZQUEZ, 2019).

Assim, em consonância com essas evidências, vários autores (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004; CHAMPAGNE *et al.*, 2011b; VICTORA, 2013; PATTON, 2008; 2018) discutem sobre a necessária incorporação de outros ‘olhares’, ou seja, diferentes enfoques quando da realização de avaliações de efetividade e impacto de intervenções, em particular no âmbito de políticas e programas sociais. Considerar elementos da implantação é fundamental, pois a concepção e a descrição de uma intervenção nem sempre se refletem no seu processo de implantação (formas diversas de implantação). A análise da implantação possibilita a distinção entre falhas na teoria e falhas na implantação de uma intervenção e contempla processos envolvidos na sua dinâmica interna e na produção das mudanças após início do desenvolvimento de determinada intervenção. Alinha-se, dessa forma, à superação dos limites do modelo da caixa preta das avaliações de efetividade no qual a intervenção é identificada como variável dicotômica (ausência/presença) e com características homogêneas, independentemente do contexto (CHAMPAGNE *et al.*, 2011c).

Ademais, é possível a complementariedade de avaliações de efetividade com estratégias e abordagens participativas que se traduzem por processos avaliativos mais inclusivos e colaborativos, potencializando o entendimento quanto ao processo avaliativo e uso dos resultados. Podem-se tomar como exemplos: ‘avaliação participativa (participatory evaluation)’, ‘avaliação para empoderamento (empowerment evaluation)’, ‘avaliação com foco na utilização’ (utilization-focused evaluation) e ‘avaliação colaborativa’ (RODRÍGUEZ-CAMPOS, 2012).

n. 39

*Contribuições para a
Avaliação da Efetividade
da Planificação da
Atenção à Saúde*

Essas proposições encontram coerência no que se denominam as etapas da avaliação (CDC, 1999). Estas são amplamente reconhecidas e possibilitam nortear os diversos processos avaliativos. Nessa mesma direção, ao discutir acerca da aplicabilidade, abordagens e técnicas para o desenvolvimento de avaliações de efetividade e impacto, Victora (2013) apresenta uma síntese dos elementos que podem comprometer essas avaliações e traz para reflexão o que considera como:

Os sete pecados capitais da avaliação de efetividade e impacto: Não avaliar, iniciar tardiamente a avaliação, avaliar impacto sem avaliar processo, usar um método inapropriado, não envolver os gestores, ignorar o contexto e não avaliar desigualdades. (VICTORA, 2013, p. 4).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão ora em tela apresentou elementos no que se refere às bases conceituais e operacionais acerca da avaliação de efetividade de intervenções no campo da saúde com ênfase no atributo de coordenação entre níveis de atenção, situando essa tipologia no campo teórico da avaliação e sua aplicabilidade no contexto dos sistemas e redes de serviços de atenção à saúde. No âmbito teórico, consideraram-se aspectos históricos: as principais terminologias, definições e modelos metodológicos relacionadas com a análise dos efeitos. No contexto da atenção à saúde, exploraram-se elementos teóricos acerca do atributo de coordenação assistencial e relato de experiência de avaliação da efetividade de intervenções para melhoria da coordenação do cuidado entre níveis de atenção à saúde.

A avaliação, reconhecida como atividade inerente ao processo de aprendizagem, deve também ser considerada como um instrumento intimamente relacionado com a tomada de decisão, seja esta de natureza técnica e/ou política, tendo como objetivo maior modificar o curso de situações problemáticas visando ao bem-estar social. Entretanto, sua aplicabilidade no campo da saúde, invariavelmente, associa o conceito de objetividade e subjetividade, ou seja, informações quantitativas e qualitativas, pois mudanças na situação de saúde de uma população não se limitam apenas ao setor saúde, o que confere à avaliação um certo grau de dificuldade, particularmente em termos de efetividade e impacto.

No desenvolvimento de avaliações de efetividade, deve-se ter atenção ao momento de sua realização, que deve ser oportuno, evitando-se análises precoces – muitas vezes consequência do pouco tempo de implantação da intervenção –, bem como avaliações tardias nas quais os resultados não terão mais sentido para os envolvidos e para a tomada de decisão. Ainda, cabe destaque o desafio de atribuir os efeitos da intervenção às suas ações/atividades específicas (relação de causalidade). Por vezes, a intervenção não se encontra adequadamente implantada (ou até não implantada), tem-se a presença de outras intervenções concomitantes e as características contextuais. Esses são fatores que devem ser apreciados tendo em vista que qualquer intervenção produz efeitos, sejam, positivos, negativos ou nulos; e até mesmo a ausência de mudanças constitui um efeito.

A avaliação da efetividade de intervenções deve, portanto, sempre que possível, incorporar outras abordagens que possibilitem traduzir os valores envolvidos e dar sentido aos resultados encontrados. Reforça-se, assim, o enfoque da implantação (considerando-se contextos e processos) à efetividade de intervenções e a complementariedade com avaliações participativas ou colaborativas.

Em que pese ainda o pouco desenvolvimento de avaliações de efetividade com enfoque na coordenação entre níveis de atenção, identificam-se experiências, a exemplo do relato de experiência apresentado nesta revisão, que, a partir dos referenciais teórico-metodológicos, podem contribuir para o desenvolvimento de outros estudos e processos avaliativos de efetividade de intervenções implementadas em diferentes RAS.

O campo da avaliação apresenta uma variedade de desafios, entre os quais, as diferentes perspectivas e formas de definição de valores. A determinação do julgamento de valor não é isenta de incertezas, conflitos, pluralidades e singularidades; avaliar não é uma atividade totalmente neutra.

Nesse sentido, ressalta-se a importância de compreender e apresentar com clareza a terminologia, conceitos e estratégias metodológicas a serem adotados no processo avaliativo, tendo em vista a polissemia e a natureza transdisciplinar do campo da avaliação. Flexibilidade, criatividade e análise criteriosa das possibilidades devem se fazer presentes, levando-se sempre em conta o objeto/intervenção a ser avaliado, a(s) pergunta(s) avaliativa(s) a ser(em) respondida(s), o(s) objetivo(s) proposto(s) e a disponibilidade de recursos e tempo.

Além disso, é fundamental considerar que, no processo avaliativo, aqueles que decidem devem estar envolvidos na definição dos problemas a serem resolvidos, nas estratégias teórico-metodológicas e operacionais a serem empregadas e no conhecimento dos resultados produzidos. Outrossim, as informações da avaliação devem funcionar como uma ferramenta de negociação entre os múltiplos interesses, e não como uma verdade absoluta, potencializando assim o seu uso de forma adequada.

REFERÊNCIAS

ABE, K. C.; MIRAGLIA, S. G. E. K. Avaliação de Impacto à Saúde (AIS) no Brasil e América Latina: uma ferramenta essencial a projetos, planos e políticas. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 349-358, 2018. 10.1590/1807-57622016.0802. Acesso em: 18 maio 2021.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 244-260, 2018. Número especial, DOI: 10.1590/0103-11042018s116. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0103-11042018000500244eIng=enenrm=iso. Acesso em: 18 maio 2021.

ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M. L.; ROUQUAYROL, M. Z. A Epidemiologia como Ciência. *In*: ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M. L. *Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, métodos e aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 3-4.

AQUINO, R.; MEDINA, M. G.; BARRETO, M. L. Epidemiologia e avaliação em saúde. *In*: ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M. L. *Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, métodos e aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 631-642.

BLOCH, K. V.; COUTINHO, E. S. F. Fundamentos da pesquisa epidemiológica. *In*: MEDRONHO, R. A. *et al.* (org.). **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 173-179

BODENHEIMER, T. Coordinating care- a perilous journey through the health care system. **N Engl J Med.**, [s. l.], v. 358, n. 10, p. 1064-1071, 2008. DOI: 10.1056/NEJMhpr0706165. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18322289/>. Acesso em: 18 maio 2021.

CALNAN, M.; HUTTEN, J.; TILJAK, H. The challenge of coordination: the role of primary care professional in promoting integration across the interface. *In*: SALTMAN, R. S.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (ed.). **Primary care in the driver's seat?** Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press; 2006. p. 85-104.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Soc Sci Med.**, [s. l.], v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000. DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00057-5. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953600000575?via%3Dihub>. Acesso em: 18 maio 2021.

CARNEIRO, M. Estudos epidemiológicos na avaliação de efetividade do Programa de Controle da Doença de Chagas: discussão metodológica. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 129-141, 2002. DOI: 10.1590/S1415-790X2002000100014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2002000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 maio 2021.

CASTRO, R. B. Eficácia, Eficiência e Efetividade na Administração Pública. *In*: ENCONTRO DA ANPAD, 30., 2006, Salvador. **Anais eletrônicos [...]**. Salvador: EnANPAD, 2006. Disponível em: http://www.anpad.org.br/diversos/download_zips/10/enanpad2006-apsa-1840.pdf. Acesso em: 19 maio 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Framework for Program Evaluation in Public Health. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 40, n. 11. Atlanta, CA: CDC, 1999. 40p.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A Avaliação no Campo da Saúde: Conceitos e Métodos. *In*: BROUSSELLE, A. *et al.* (org.) **Avaliação em saúde: Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011a. p. 41-60.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A Análise dos Efeitos. *In*: BROUSSELLE, A. *et al.* (org.) **Avaliação em saúde: Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011b. p.159-182.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A Análise da Implantação. *In*: BROUSSELLE, A. *et al.* (org.) **Avaliação em saúde: Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011c; 217-238.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos na empresa: pessoas, organizações e sistemas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994, 209p.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB - Quality Review Bulletin**, [s. l.], v. 18, n. 11, p. 356-360, 1992. DOI: 10.1016/S0097-5990(16)30560-7. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0097599016305607?via%3Dihub>. Acesso em: 18 maio 2021.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology e Laboratory Medicine*, [s. l.], v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 065-072, 2008. DOI: 10.4025/ciencucidsaude.v7i1.4908. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4908/321>. Acesso em: 18 maio 2021.

FRIAS, P. G. et al. Atributos da Qualidade em Saúde. In: SAMICO, I. et al. (org.). **Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 43-56.

GALLEGO-ARDILA, A. D. et al. Care coordination in two of Bogota's public healthcare networks: A cross-sectional study among doctors. *International Journal of Care Coordination*, [s. l.], v. 22, n. 3-4, p. 127-139, 2019. DOI: 10.1177/2053434519892469. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2053434519892469>. Acesso em: 18 maio 2021.

GERTLER, P. J. et al. **Avaliação de Impacto na Prática**: segunda edição. Washington D.C: Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial; 2018, 374 p. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/25030/9781464808890.pdf>. Acesso em: 18 maio 2021.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05562018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=en&nm=iso. Acesso em: 18 maio 2021.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, e00118816, 2017. Suplemento 2. DOI: 10.1590/0102-311x00118816. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405005&lng=en&nm=iso. Acesso em: 18 maio 2021.

HABICHT, J. P.; VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International journal of epidemiology*, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 10-18, 1999. DOI: 10.1093/ije/28.1.10. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10195658/>. Acesso em: 18 maio 2021.

HAGGERTY, J. L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *Bmj*, London, v. 327, n. 7425, p. 1219-1221, 2003. DOI: 10.1136/bmj.327.7425.1219. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/327/7425/1219>. Acesso em: 18 maio 2021.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. S331-S336, 2004. Suplemento 2. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000800026. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&lng=en&nm=iso. Acesso em: 18 maio 2021.

JANNUZZI, P. M. Avaliação de programas sociais: conceitos e referenciais de quem a realiza. **Estudos em Avaliação Educacional**, [s. l.], v. 25, n. 58, p. 22-42, 2014. DOI: 10.18222/eae255820142916. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/index.php/eae/article/view/2916/2768>. Acesso em: 18 maio 2021.

JESUS, R. P. F. et al. Percepção dos profissionais sobre a coordenação entre níveis de atenção à saúde em dois municípios pernambucanos de grande porte. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 423-434, abr. 2018. DOI: 10.1590/1807-57622017.0026. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S1414-32832018000200423eIng=esenrm=iso. Acesso em: 18 maio 2021.

JÚNIOR, E. P. P. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, e00133816, 2018. DOI: 10.1590/0102-311x00133816. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0102-311X2018000205003eIng=enenrm=iso. Acesso em: 18 maio 2021.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549p.

MITCHELL, S. M.; SHORTELL, S. M. The governance and management of effective community health partnerships: a typology for research, policy, and practice. **The Milbank Quarterly**, [s. l.], v. 78, n. 2, p. 241-289, 2000. DOI: 10.1111/1468-0009.00170. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1468-0009.00170>. Acesso em: 18 maio 2021.

MONTENEGRO, H. et al. Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in the Americas: lessons learned. **Journal of Integrated Care**, [s. l.], v. 19, n. 5, p. 5-16, 2011. DOI: 10.1108/14769011111176707. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/14769011111176707/full/pdf?title=combating-health-care-fragmentation-through-integrated-health-service-delivery-networks-in-the-americas-lessons-learned>. Acesso em: 18 maio 2021.

OLIVEIRA, C. R. F. et al. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, e00119318, 2019. DOI: 10.1590/0102-311x00119318. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0102-311X2019000405010eIng=enenrm=iso. Acesso em: 18 maio 2021.

ØVRETVEIT, J. **Does improving quality save Money?** A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. London: The Health Foundation, 2009. v. 95. Disponível em: <https://www.health.org.uk/publications/does-improving-quality-save-money>. Acesso em: 18 maio 2021.

PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Integrated Health Service Delivery Networks. Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas**. Washington DC: PAHO, 2011. 90p. (Series: Renewing Primary Health Care in the Americas, nº 4.)

PATTON, M. Q. Evaluation science. **American Journal of Evaluation**, [s. l.], v. 39, n. 2, p. 183-200, 2018. DOI: 10.1177/1098214018763121. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1098214018763121>. Acesso em: 18 maio 2021.

PATTON, M. Q. What is Utilization-Focused Evaluation? How Do You Get Started? In: PATTON, M. Q. **Utilization Focused Evaluation**. 4. ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2008. p. 35-57.

POWELL, D. G. et al. Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. **Medical Journal of Australia**, [s. l.], v. 188, p. S65-S68, 2008. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2008.tb01748.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2008.tb01748.x>. Acesso em: 19 maio 2021.

REID, R.; HAGGERTY, J.; MCKENDRY, R. **Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare**. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002. 49p.

RODRÍGUEZ-CAMPOS, L. Advances in collaborative evaluation. **Evaluation and program planning**, [s. l.], v. 35, n. 4, p. 523-528, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2011.12.006>. Acesso em: 18 maio 2021.

SAMICO, I. C. **Avaliação da atenção à saúde da criança: um estudo de caso no estado de Pernambuco**. 2003. 221 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. Abordagens Metodológicas na avaliação em Saúde. In: SAMICO, I. et al. (org.). **Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 15-28.

SANO, H.; FILHO, M. J. F. M. As técnicas de avaliação da eficiência, eficácia e efetividade na gestão pública e sua relevância para o desenvolvimento social e das ações públicas. **Desenvolvimento em Questão**, [s. l.], v. 11, n. 22, p. 35–61, 2013. DOI: 10.21527/2237-6453.2013.22.35-61. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/desenvolvimentoemquestao/article/view/186>. Acesso em: 18 maio 2021.

SCRIVEN, M. **Avaliação: um guia de conceitos**. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018. p. 531.

SENGUPTA, A. **Universal Health Coverage: Beyond Rhetoric**. Occasional Paper, n. 20. Ottawa: Municipal Services Project, 2013. 25p.

SICOTTE, C. et al. A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. **Health services management research**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 24-41, 1998. DOI: 10.1177/095148489801100106. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/095148489801100106>. Acesso em: 18 maio 2021.

SOUZA, W. J. **Responsabilidade social corporativa e Terceiro Setor**. Brasília: Sistema Universidade Aberta do Brasil, 2008. 183 p.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002a. 726p. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>. Acesso em: 19 maio 2021

n. 39

STARFIELD, B. Coordinación de la atención en salud. *In*: STARFIELD, B. **Atención primaria**. Barcelona: Masson; 2002b. p. 233-265.

STUFFLEBEAM DL, CORYN CLS. Overview of the Evaluation Field. *In*: STUFFLEBEAM, D. L.; CORYN, C. L. S. **Evaluation Theory, Models e Applications**. 2. ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2014; p. 3-44.

TAVARES, V. S. *et al*. Avaliação da atenção ao diabetes mellitus em Unidades de Saúde da Família de Petrolina, Pernambuco, 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 527-536, set. 2014. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000300015&lng=pt&nr=iso. Acesso em: 18 maio 2021.

TERRAZA-NUNEZ, R.; LORENZO; I. V.; NAVARRETE, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gac Sanit**, Barcelona, v. 20, n. 6, p. 485-495, 2006. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000600012&lng=es&nr=iso. Acesso em: 18 maio 2021

VARGAS, I. *et al*. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. **BMC Health Serv Res.**, [s. l.], v. 15, n. 213, p. 1-14, 2015. DOI: 10.1186/s12913-015-0882-4. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-015-0882-4.pdf>. Acesso em: 18 maio 2021.

VARGAS, I. *et al*. **Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en Redes Integradas de Servicios de Salud**. Catalunya: Consorci de Salut i Social de Catalunya/Organización Panamericana de la Salud, 2011.

VARGAS, I. *et al*. Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: a cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public health-care networks of six countries. **Health policy and planning**, [s. l.], v. 33, n. 4, p. 494-504, 2018. DOI: 10.1093/heapol/czy016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29452401/>. Acesso em: 18 maio 2021.

VÁZQUEZ M. M. H. *et al*. Una red para promover sistemas de salud basados en la atención primaria de salud en la Región de las Américas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 21, n. 5, p. 261-273, 2007. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n5/261-273/es>. Acesso em: 18 maio 2021.

VÁZQUEZ, M. L. *et al*. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. **Social Science e Medicine**, [s. l.], v. 182, p. 10-19, 2017. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.04.001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953617302241>. Acesso em: 18 maio 2021.

VÁZQUEZ, M. L. *et al*. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. **BMJ open**, [s. l.], v. 5, n. 7, 2015. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-007037. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/7/e007037.short>. Acesso em: 18 maio 2021.

VÁZQUEZ, M. L. **The impact of alternative care integration strategies on Health Care Networks' performance in different Latin American health systems – Equity-LA II.** Final Report. Barcelona: European Commission, 2019.

VÁZQUEZ, M. L.; VARGAS, I. **Integrated healthcare organization: a case study.** Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 2009.

VICTORA, C. G. Os Sete Pecados Capitais da Avaliação de Impacto. *In*: SEMINÁRIO GESTÃO DE TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, 5., 2013, Salvador – BA. Tema: Avaliação do impacto das intervenções na saúde das populações. **Anais [...]**. Salvador: Instituto Nacional de Inovação e Tecnologia em Saúde, 2013.

n. 39

*Contribuições para a
Avaliação da Efetividade
da Planificação da
Atenção à Saúde*

VICTORA, C. G.; HABICHT, J. P.; BRYCE, J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. **American journal of public health**, [s. l.], v. 94, n. 3, p. 400-405, 2004. DOI: 10.2105/AJPH.94.3.400. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/epub/10.2105/AJPH.94.3.400>. Acesso em: 18 maio 2021.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulg. saúde debate**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 17-24, 1991.

WHITE, H.; SABARWAL, S. Quasi-experimental design and methods. **Methodological briefs: Impact Evaluation 8**, UNICEF Office of Research, Florence, 2014. 14p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever.** Geneva: WHO, 2008.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. O objetivo, os usos e as distinções conceituais básicas da avaliação. *In*: WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas: concepções e práticas.** São Paulo: Editora Gente, 2004. p. 33-58.

TIPOLOGIA PARA
CARACTERIZAÇÃO
DAS REGIÕES DE
SAÚDE DO BRASIL

TIPOLOGIA PARA CARACTERIZAÇÃO DAS REGIÕES DE SAÚDE DO BRASIL

4

Ana Luiza d'Ávila Viana; Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira; Nelson Ibañez; Liza Yurie Teruya
Uchimura; Ana Coelho de Albuquerque

INTRODUÇÃO

O objetivo deste capítulo é trazer uma breve descrição da tipologia empregada para caracterizar as regiões de saúde no Brasil, com o objetivo de elucidar os condicionantes estruturais do processo recente de regionalização. Utilizou-se uma tipologia nacional das regiões de saúde com base nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), formalmente constituídas até fevereiro de 2015. Essa tipologia, desenvolvida no âmbito da pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil (VIANA *et al.*, 2015), é baseada na tipologia criada em 2010 para os antigos CGR que permitia observar os diversos graus de desenvolvimento econômico, social e características da rede de saúde dos municípios (FERREIRA; DINI, 2011).

A nova tipologia apresentada mantém os parâmetros que nortearam a construção da antiga – no nível de CGR –, mas apresenta uma operacionalização mais amigável a partir de um número menor de componentes. Essa simplificação operacional é importante devido às possíveis mudanças no desenho das CIR que eventualmente venham a ocorrer ao longo do tempo. Destaca-se ainda a introdução de informações referentes ao Censo Demográfico 2010, que não estavam disponíveis no momento da construção da antiga tipologia. Analogamente à tipologia anterior, as CIR foram classificadas, de forma independente, em cinco grupos de acordo com suas características socioeconômicas e de sistema de saúde.

Além da nova tipologia, foram construídos bancos de dados tanto no nível de CIR quanto de municípios com informações relevantes para o gestor

público da saúde. A construção de banco de dados no nível municipal justifica-se na medida em que, a partir da unidade geográfica municipal, torna-se possível a tabulação dos dados para as CIR, Unidades da Federação, grandes regiões e Brasil.

PERCURSO METODOLÓGICO

Tendo em vista o caráter multidisciplinar da área de saúde, a construção da tipologia de CIR exigiu a exploração de um conjunto diversificado de fontes cujos dados apresentassem os seguintes atributos: i) validade, consistência e confiabilidade; ii) largamente aceitos e reconhecidos pelas respectivas áreas técnicas; iii) padronização, com série histórica e atualização periódica; iv) cobertura nacional e que permitisse a sua desagregação em nível municipal; e v) acesso público e que permitisse um pareamento mínimo em nível municipal. A partir desses pontos, as fontes utilizadas foram o Censo Demográfico 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); os Bancos de Dados do SUS disponíveis no DataSUS (www.datasus.gov.br); e o Sistema de Contas Regionais – IBGE. As unidades de análise foram as CIR, a partir da agregação de dados municipais e microdados do Censo Demográfico 2010. Foram consideradas 438 CIR/regiões que englobam os 5.570 municípios do Brasil.

Foram introduzidas as seguintes alterações na construção da tipologia atual em relação à anterior (de 2010):

- Redução do número de componentes no indicador: essa redução permitiu maior simplicidade na sua operacionalização, sem perda de conteúdo analítico.
- Atualização das informações a serem utilizadas para o ano de 2010 (ou anos posteriores).
- Substituição das informações provenientes do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) por informações provenientes do Censo Demográfico 2010.

Analogamente à tipologia de CGR, a estratégia analítica foi identificar os vários tipos de situações sociais e de condições de saúde existentes na região, por meio do cruzamento das dimensões Situação Socioeconômica e Oferta e Complexidade dos Serviços de Saúde (Quadro 1).

QUADRO 1. Variáveis utilizadas na construção da tipologia

DIMENSÃO	VARIÁVEIS	PERÍODO	FONTE
Situação socioeconômica	Renda domiciliar per capita (em reais)	2010	Censo Demográfico IBGE
	PIB per capita (em R\$ 1,00)	2013	Contas regionais
	% de pessoas de 10 anos e mais com pelo menos o ensino fundamental	2010	Censo Demográfico IBGE
	% de pessoas com 10 anos e mais com pelo menos ensino médio	2010	Censo Demográfico IBGE
	Densidade populacional	2010	Elaboração dos autores
Oferta e complexidade dos serviços de saúde	Nº de leitos por 1.000 habitantes	Dez/2015	CNES
	Nº de médicos por 1.000 habitantes	Dez/2015	CNES
	% de beneficiários de planos de saúde	Set/2015	ANS
	% de internações de alta complexidade no SUS no total de internações	2014	SIH

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

LEGENDA: IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA; CNES – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE; ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR; SIH – SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES.

A identificação das dimensões e dos grupos – que compõem a tipologia – foi realizada por meio das técnicas estatísticas: análise fatorial e análise de agrupamentos (HAIR *et al.*, 2009). A análise fatorial consiste em uma técnica estatística de análise multivariada que se aplica à identificação de fatores que apontem objetivamente para a agregação de um conjunto de medidas. Uma vez identificados os fatores, cabe ao pesquisador verificar se eles são coerentes e consistentes em relação à natureza dos fenômenos ou processos estudados. Essa técnica é frequentemente utilizada na resolução de problemas envolvendo um grande número de variáveis, em que se deseja a redução desse número com a finalidade de facilitar o entendimento analítico dos dados.

Já a análise de agrupamentos identifica as unidades de análise, no caso CIR, com perfis semelhantes segundo um conjunto de variáveis. No pre-

sente caso, as variáveis foram os escores gerados na análise fatorial. Esta é muito utilizada para fins de análise regional, em que se procura observar os padrões de semelhança ou diferença entre áreas que estão sendo comparadas, tais como municípios ou agrupamentos de municípios.

A operacionalização das duas dimensões – Situação Socioeconômica e Oferta e Complexidade dos Serviços da Saúde – pela análise fatorial pode ser descrita como:

- Situação Socioeconômica: relacionada ao grau de desenvolvimento socioeconômico dos municípios pertencentes às Regiões/CIR. As regiões que atingem os maiores valores nesse indicador caracterizam-se por agruparem os municípios mais urbanizados, populosos, industrializados e dinâmicos economicamente.

- Oferta e Complexidade dos Serviços de Saúde: relacionada com a complexidade dos serviços ofertados nas regiões/CIR. Maiores valores nesse fator indicam maior oferta e complexidade do sistema de saúde.

Na construção da nova tipologia, os dois fatores foram classificados em três categorias, definidas relativamente ao conjunto dos dados:

- Situação Socioeconômica: Baixa (-1,8811 a -0,3515), Média (-0,3514 a 0,8529) e Alta (0,8530 a 4,0873).¹

- Oferta e Complexidade dos Serviços de Saúde: Baixa (-1,62217 a -0,12590), Média (-0,12591 a 1,16828) e Alta (1,16829 a 3,22391).²

TIPOLOGIA DAS REGIÕES DE SAÚDE

A partir do cruzamento do desenvolvimento socioeconômico e do perfil da oferta de serviços de saúde, as regiões foram classificadas em cinco grupos, de forma independente, de acordo com suas características socioeconômicas e de oferta de serviços de saúde.

- Grupo 1 (baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços): inclui 175 CIR, 2.151 municípios e 22,5% da população do Brasil no ano de 2015, localizadas, predominantemente, no Nordeste (Tabela 1).

¹ Valores expressos na escala z-escore, ou seja, variável com média igual a zero e variância 1 (ULCO, 2009).

² Valores expressos na escala z-escore, ou seja, variável com média igual a zero e variância 1 (ULCO, 2009).

- Grupo 2 (médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços): inclui 47 CIR, 482 municípios e 5,7% da população do Brasil no ano de 2015. A maioria dessas regiões está localizada no Centro-Oeste, no Sudeste e no Norte (Tabela 1).

- Grupo 3 (médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços): inclui 129 CIR, 1.891 municípios e 20,3% da população do Brasil no ano de 2015, localizadas, predominantemente, nas regiões Sudeste e Sul (Tabela 1).

- Grupo 4 (alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços): inclui 27 CIR, 300 municípios e 10,6% da população do Brasil no ano de 2015, localizadas, em sua grande maioria, na região Sudeste (Tabela 1).

- Grupo 5 (alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços): inclui 60 CIR, 746 municípios e 40,9% da população do Brasil no ano de 2015, localizadas, predominantemente, nas regiões Sudeste e Sul (Tabela 1).

TABELA 1. Principais características dos agrupamentos das Comissões Intergestores Regionais (CIR)

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	GRUPO 5
Número de regiões de saúde	175	47	129	27	60
% no total de regiões de saúde	40,0	10,7	29,5	6,2	13,7
Número de municípios	2.151	482	1.891	300	746
% no total de municípios	38,6	8,7	33,9	5,4	13,4
População (2015)	45.948.301	11.652.320	41.574.787	21.593.928	83.713.123
% no total da população	22,5	5,7	20,3	10,6	40,9
Média de municípios por região	12	10	15	11	12
Média da população por município	21.361	24.175	21.986	71.980	112.216
% de beneficiários de plano de saúde na população (set./15)	5,4	14,6	25,4	39,5	58,1
Médicos por 1.000 habitantes (dez./15)	0,63	0,90	1,42	1,60	2,61

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO3	GRUPO 4	GRUPO 5
% de médicos SUS no total de médicos (dez./15)	92,2	86,5	83,3	78,1	70,0
Leitos por mil habitantes (dez./15)	1,7	1,7	2,4	1,9	2,5
% de leitos SUS no total de leitos (dez./15)	88,8	76,6	72,9	68,7	62,5
Número de regiões de saúde (Região Norte)	28	11	3	3	0
Número de regiões de saúde (Região Nordeste)	115	3	9	1	5
Número de regiões de saúde (Região Sudeste)	25	12	64	13	39
Número de regiões de saúde (Região Sul)	1	2	45	6	14
Número de regiões de saúde (Região Centro-Oeste)	6	19	8	4	2

n. 39
 Contribuições para a
 Avaliação da Efetividade
 da Planificação da
 Atenção à Saúde

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

FONTE: DATASUS; IBGE.

TABELA 2. Coeficientes do escore fatorial da Dimensão Oferta e Complexidade dos Serviços de Saúde

COMPONENTES	COEFICIENTE
% de beneficiários de planos de saúde	0,305
% de internações de alta complexidade no SUS no total de internações	0,356
Nº de médicos por 1.000 habitantes	0,402
Nº de leitos por 1.000 habitantes	0,230

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

NOTA: OS COMPONENTES DO ESCORE FATORIAL ESTÃO PADRONIZADOS COM MÉDIA IGUAL A ZERO E VARIÂNCIA IGUAL A 1.

TABELA 3. Coeficientes do escore fatorial da Dimensão Situação Socioeconômica

COMPONENTES	COEFICIENTE
Renda Domiciliar <i>per capita</i> (em Reais)	0,257
Densidade populacional (hab/km ²)	0,116
% de pessoas de 10 anos e mais com pelo menos o Ensino Fundamental	0,260
% de pessoas de 10 anos e mais com pelo menos Ensino Médio	0,259
PIB <i>per capita</i> (em R\$1,00)	0,234

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

NOTA: OS COMPONENTES DO ESCORE FATORIAL ESTÃO PADRONIZADOS COM MÉDIA IGUAL A ZERO E VARIÂNCIA IGUAL A 1. A VARIÂNCIA EXPLICADA PELO MODELO DE ANÁLISE FATORIAL FOI 74,3%.

As regiões que atingem os maiores valores no indicador de desenvolvimento socioeconômico caracterizam-se pelo agrupamento de municípios mais urbanizados, populosos, industrializados e dinâmicos economicamente. O indicador oferta e complexidade dos serviços de saúde relaciona-se com a complexidade dos serviços ofertados nas regiões/CIR; maiores valores nesse fator indicam maior oferta e complexidade do sistema de saúde.

O Grupo 1 (baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços) inclui 175 regiões, 2.151 municípios e 22,5% da população do Brasil (Tabela 1). É o grupo com os menores percentuais de beneficiários do sistema privado, médicos e leitos por mil habitantes. É evidente sua concentração nas macrorregiões Norte e Nordeste. Já o Grupo 2 (médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços) é composto por 47 regiões e 482 municípios, respondendo pela menor parcela da população brasileira (5,7%) (Tabela 1).

A maioria dessas regiões está localizada nos estados de Roraima, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás e Tocantins. É uma área de ocupação periférica territorial recente, que ocorreu a partir da expansão da fronteira agrícola com uso intensivo e mecanizado da terra, subordinada às lógicas globais, e, muitas vezes, no circuito de produção das empresas alimentares (SANTOS; SILVEIRA, 2001). Esse processo explica a melhoria global dos indicadores socioeconômicos e, também, dado o modelo de desenvolvimento

adotado, a baixa oferta de serviços de saúde, criando um cenário bastante particular. O Grupo 3 (médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços) inclui 129 regiões, 1.891 municípios e 20,3% da população brasileira, predominantemente, nas regiões Sudeste e Sul. Observa-se aumento do número de leitos, em comparação com os grupos 2 e 3, mas, paralelamente, o percentual de leitos SUS em relação ao total é menor (Tabela 1).

Por sua vez, o Grupo 4 (alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços) inclui 27 regiões, 300 municípios e 10,6% da população, predominantemente, nas regiões Sudeste e Sul (Tabela 1). Por fim, o Grupo 5 (alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços) inclui 60 regiões, 746 municípios e 40,9% da população do Brasil. Destacam-se, nesse grupo, as regiões metropolitanas e as demais áreas de alto dinamismo econômico. Reflexo desse dinamismo é o alto peso do setor privado, que alcança quase 60% da população.

Os Grupos 3, 4 e 5 reforçam a ideia de região concentrada, denominação utilizada por Milton Santos no final da década de 1970 (SANTOS; SILVEIRA, 2001). A região concentrada caracteriza-se pela densidade do sistema de relações que intensifica os fluxos de mercadorias, capitais e informações, cuja conformação influencia toda a macroeconomia nacional. Esse crescimento desigual e altamente concentrado nas regiões Sudeste e Sul (TOLEDO, 2011) traz importantes consequências no que se refere à distribuição de bens e serviços, em especial aqueles relacionados com o setor saúde. É exatamente nessas regiões que a presença do setor privado da saúde se faz presente com maior importância.

Em relação ao tipo de prestador, observa-se padrão distinto entre a produção ambulatorial e a internação. Nos procedimentos ambulatoriais, nota-se grande presença do setor do setor público: média de 88,3%, mediana de 90,20% e percentil 25 de 82,4% na razão entre procedimentos realizados no setor público e os realizados no privado contratado. Esse resultado pode ser explicado como o reflexo do crescimento da oferta dos serviços de atenção básica ocorrido no País nas últimas décadas (CASTRO; FAUSTO, 2012). Mesmo assim, observam-se diferenças entre os diferentes agrupamentos de regiões de saúde (Tabela 4).

TABELA 4. Grupos de regiões de saúde segundo condições socioeconômicas e de saúde por prestador, referente à produção ambulatorial

	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		GRUPO 4		GRUPO 5		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Predomínio público	132	75,4	37	69,8	28	22,8	8	22,9	15	30,0	220	50,5
Misto	43	24,6	16	30,2	95	77,2	27	77,1	35	70,0	216	40,9
Total	175	100,0	53	100,0	123	100,0	35	100,0	50	100,0	436	100,0

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

LEGENDA: GRUPO 1 – BAIXO DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO E BAIXA OFERTA DE SERVIÇOS;

GRUPO 2 – MÉDIO/ALTO DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO E BAIXA OFERTA DE SERVIÇOS;

GRUPO 3 – MÉDIO DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO E MÉDIA/ALTA OFERTA DE SERVIÇOS;

GRUPO 4 – ALTO DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO E MÉDIA OFERTA DE SERVIÇOS;

GRUPO 5 – ALTO DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO E ALTA OFERTA DE SERVIÇOS.

O prestador é, predominantemente, público em 220 regiões, das quais 132 encontram-se no Grupo 1, de baixo desenvolvimento socioeconômico. A partir do Grupo 3, há preponderância do perfil ambulatorial misto, ou seja, nos locais com maior desenvolvimento socioeconômico há maior oferta de serviços do setor privado.

Com relação às internações, é evidente o maior peso do setor privado. Apenas nos Grupos 1 e 2, observam-se regiões com predomínio do setor público (Tabela 5).

TABELA 5. Grupos de regiões de saúde segundo condições socioeconômicas e de saúde, por prestador, referente a internações

	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		GRUPO 4		GRUPO 5		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Predomínio público	68	38,9	22	41,5	6	4,9	7	20,0	6	12,0	109	25,0
Misto	42	24,0	10	18,9	12	9,8	6	17,1	15	30,0	85	19,5

	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		GRUPO 4		GRUPO 5		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Predomínio privado	65	37,1	21	39,6	105	85,4	22	62,9	29	58,0	241	55,5
Total	175	100,0	53	100,0	123	100,0	35	100,0	50	100,0	436	100,0

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

LEGENDA: GRUPO 1 – BAIXO DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO E BAIXA OFERTA DE SERVIÇOS;

GRUPO 2 – MÉDIO/ALTO DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO E BAIXA OFERTA DE SERVIÇOS;

GRUPO 3 – MÉDIO DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO E MÉDIA/ALTA OFERTA DE SERVIÇOS;

GRUPO 4 – ALTO DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO E MÉDIA OFERTA DE SERVIÇOS;

GRUPO 5 – ALTO DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO E ALTA OFERTA DE SERVIÇOS.

No entanto, é importante lembrar que esse predomínio se dá exatamente nos locais com os piores indicadores de leitos e médicos por habitante. Fica clara, mais uma vez, a insuficiência dos recursos públicos próprios para a oferta dos necessários procedimentos hospitalares. Esse é, sem dúvida, um constrangimento estrutural importante nessas regiões, desafio que cobra políticas articuladas de desenvolvimento social e econômico. Por outro lado, nos Grupos 3, 4 e 5, o predomínio é do setor privado contratado. A distribuição da oferta do SUS entre prestadores públicos e privados é influenciada por critérios econômicos e políticos. Além disso, percebe-se uma tendência de segmentação da clientela segundo a lógica do mercado, que vem aumentando paulatinamente (SANTOS; GERSCHMAN, 2004).

A disponibilidade de leitos também se apresenta de forma distinta entre os grupos, apontando para a desigualdade na oferta de internação. A taxa de leito por mil habitantes no Brasil era de 2,3, valor abaixo de países como Canadá (2,7), Espanha (3,2) e Reino Unido (3,0), que também possuem sistemas de saúde universais. A situação é ainda mais crítica quando se constata que, do total de leitos no Brasil, por mil habitantes, a disponibilidade no SUS é de 1,7 (IBGE, 2010). As diferenças entre os grupos de regiões são evidentes. Essas distorções são ainda maiores, pois uma das limitações do presente estudo e dos atuais sistemas de informação de saúde no Brasil é a dificuldade de agregar os dados dos procedimentos e serviços ofertados exclusivamente à população usuária de planos de saúde.

A razão de médico por habitante demonstra a grande desigualdade na distribuição desse indicador, visto que, nas regiões dos Grupos 1 e 2, a razão está abaixo de 1 médico para mil habitante, enquanto nas regiões do Grupo 5 essa razão é 2,61/mil habitantes (Tabela 1).

Esse cenário de tamanha desigualdade fomenta uma outra discussão, que envolve a organização do processo de trabalho em saúde. No Brasil, o cuidado em saúde tem como centro o profissional médico, e, como demonstrado pelos dados, a sua distribuição entre as regiões é bastante desigual. Assim, é necessário chamar atenção para a regulamentação e a definição do escopo de prática das profissões em saúde. Países como Canadá, Estados Unidos e os da Comunidade Europeia vêm implementando esforços na tentativa de reformar seus sistemas de regulamentação pública das profissões, fundamentada em escopos de práticas não exclusivas e atos reservados; defende-se a ideia de escopos sobrepostos de práticas (GIRARDI; SEIXAS, 2002). Nesse sentido, parece relevante a discussão fomentada em editorial recente, que reflete sobre o reconhecimento e o fortalecimento da prática clínica pelos profissionais de enfermagem, o que pode ser fundamental para o acesso mais equitativo na base nos sistemas regionais de saúde, a APS (MARTINIANO *et al.*, 2014).

Esses movimentos não foram iniciados pelas corporações profissionais (ao contrário, encontraram forte oposição), tampouco de modo isolado, mas dentro de um processo amplo de reformas administrativas e dos sistemas de seguridade social, buscando, entre outros resultados, a universalidade e a equidade de acesso, sem deixar de considerar a segurança e o bem-estar do usuário (GIRARDI; SEIXAS, 2002). Isso demonstra, portanto, a importância do protagonismo do Estado na regulamentação pública, de modo que os interesses coletivos prevaleçam e que se caminhe para a universalização do acesso à saúde em todas as regiões brasileiras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos diversos e distintos condicionantes estruturais, alguns dos quais apresentados nos parágrafos anteriores, é importante destacar a potencialidade do papel central da CIR como espaço para a superação desses obstáculos, no caminho da garantia do acesso à saúde para todos

os cidadãos brasileiros. Esse espaço poderá favorecer a criação de uma capacidade institucional regional na saúde com dupla função: uma voltada para o planejamento e a coordenação territorial das ações e serviços, em uma lógica regional, com criação de novos instrumentos de planejamento; outra voltada para superação ou neutralização de interesses corporativos (dos mais diversos) na prestação dos serviços de saúde, com criação de uma governança local baseada em solidariedade, democratização da decisão e cooperação intergovernamental, sendo essencial para que se alcance a universalidade do acesso à saúde no Brasil.

A criação de uma capacidade institucional regional pressupõe inovações política e administrativa, tecnológica e cognitiva para o desenvolvimento de uma avançada e coerente capacidade de coordenação regional dos recursos disponíveis. Por inúmeras razões, sendo uma das mais importantes relacionada com a perda de dinamismo do Estado – e conseqüente falta da perspectiva do desenvolvimento e planejamento regional e da combinação virtuosa entre bens sociais de caráter universal e crescimento econômico –, a constituição dessa capacidade institucional pode ser dificultada por diversos constrangimentos locais e regionais, como fica claro na caracterização dos cinco grupos de regiões de saúde.

Ademais, a descentralização na forma como foi feita pela política de saúde, sem integração regional e fragilidades no poder do Estado na oferta de serviços de maior complexidade, com a presença de grandes vazios assistenciais em enormes áreas do território brasileiro, possibilitou o crescimento da oferta privada financiada pelo Estado na forma de renúncia fiscal – e por todos quando há repasses para preços dos custos da assistência pelas empresas que asseguram planos coletivos.

Outro problema é a frágil regulação estatal do setor privado nos espaços em que eles costumam exercer uma forte influência nas decisões políticas, muitas vezes, em espaços informais, agregados e organizados por segmentos corporativos de extenso poder na esfera local. A caracterização das regiões de saúde brasileiras, a partir da tipologia apresentada, demonstra a heterogeneidade do território brasileiro e a complexidade de organizar sistemas de saúde regionais. A tipologia proposta pode auxiliar na investigação e em melhor entendimento desse cenário contraditório e complexo, apoiando o urgente desenvolvimento de políticas públicas regionais integradas, que

envolvam, concomitantemente, desenvolvimento econômico e social; e o fortalecimento dos espaços de governança regional, a fim de promover a organização de sistemas de saúde regionais alicerçados nos princípios do SUS e em uma gestão compartilhada e solidária que tenha como imagem-objetivo a garantia do direito à saúde.

Ainda, acredita-se que a tipologia das regiões poderá servir de subsídio para a construção de políticas públicas voltadas à promoção do desenvolvimento locorregional e, assim, tentar reduzir as grandes desigualdades existentes no País.

REFERÊNCIAS

CASTRO, A. L.; FAUSTO, M. C. R. A política brasileira de Atenção Primária à Saúde. *In*: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (org.). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 173-196.

FERREIRA, M. P.; DINI, N. P. Tipologia nacional dos colegiados de gestão regional. *In*: VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. (org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 67-80.

GIRARDI, S. N.; SEIXAS, P. H. Dilemas da regulamentação profissional na área da Saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. **Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo**, Carabobo, v. 8, n. 15, p. 67-85, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0203/pdfs/IS23\(2\)051.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0203/pdfs/IS23(2)051.pdf). Acesso em: 05 maio 2021.

HAIR, J. F. *et al.* **Multivariate Data Analysis: A Global Perspective**. 7. ed. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2009.

MARTINIANO, C. S. *et al.* Medication prescription by nurses and the case of the Brazil: what can we learn from international research? **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 51, n. 8, p. 1071-1073, 2014. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2013.12.006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748913003842?via%3Dihub>. Acesso em: 05 maio 2021.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004. DOI: 10.1590/S1413-81232004000300030. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300030&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XX**. São Paulo: Record, 2001. 476p.

TOLEDO, E. F. T. São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte: a manutenção da concentração socioeconômica nas metrópoles da região sudeste do Brasil. **Revista Geográfica de América Central**, Heredia, v. 2, n. 47E, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/geografica/article/view/2251/2147>. Acesso em: 05 maio 2021.

ULCO, L. Strumenti in bilico: il Welfare locale in Italia tra frammentazione e innovazione. In: LACOURMES, P.; GALÉS, P. **Gli strumenti per governare**. Italia: Bruno Mondadori, 2009

VIANA, A. L. A. et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015000200002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200413&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

n. 39

*Contribuições para a
Avaliação da Efetividade
da Planificação da
Atenção à Saúde*

FORÇA DE
TRABALHO
EM SAÚDE
NOS ESTADOS
SELECIONADOS
PARA A PESQUISA
“EFETIVIDADE DA
ESTRATÉGIA DE
PLANIFICAÇÃO
DA ATENÇÃO À
SAÚDE EM CINCO
REGIÕES DE
SAÚDE DO BRASIL
– EFETIVAPAS”

FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NOS ESTADOS SELECIONADOS PARA A PESQUISA “EFETIVIDADE DA ESTRATÉGIA DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE EM CINCO REGIÕES DE SAÚDE DO BRASIL – EFETIVAPAS”

5

Ana Luiza d'Ávila Viana; Gabriella de Almeida Raschke Medeiros

INTRODUÇÃO

A concretização de sistemas de saúde regionalizados e integrados, a fim de superar a divergência entre o diagnóstico situacional, com o aumento das doenças crônicas e com as atuais ações de saúde voltadas para patologias agudas, implicou a criação das RAS no Brasil, o que, por sua vez, exigiu o estabelecimento de parcerias autônomas, mas interdependentes, entre municípios e estados.

O CONASS, entendendo não ser possível obter êxito na implantação das RAS sem organização da APS, vem, desde 2003, desenvolvendo e executando uma série de ações para o fortalecimento desse nível de atenção, como: assessoria aos municípios na área de educação permanente, avaliação e monitoramento de indicadores de saúde, definição de fontes de financiamento adequado e a Estratégia PAS (CONASS, 2018).

A PAS tem por objetivo qualificar o corpo técnico e gerencial das Secretarias Estaduais e Municipais com ações educacionais, mediadas pela problematização e pelo planejamento estratégico, que reflitam no aprimoramento de competências para organização de fluxos assistenciais e de macroprocessos entre a APS e a AAE. Desse modo, busca contribuir para a implantação de redes regionalizadas e integradas qualificado a resposta do sistema de saúde, reduzindo custos, melhorando a utilização dos recursos e efetivando o princípio da integralidade (CONASS, 2018). Quando efetivamente projetada e implementada, a regionalização permite que um sistema de saúde coordene cuidados, elimine

redundâncias, reduza custos, otimize a utilização de recursos e melhore os resultados.

Os recursos humanos em saúde são elementos essenciais na redução das barreiras de acesso à população nas RAS. Em relação aos médicos, são considerados como principais problemas a escassez desses profissionais e a má distribuição geográfica, especialmente entre os especialistas. Estudo sugere que, especificamente para a APS, a disponibilidade de médicos pode ser superada se os problemas de rotatividade forem solucionados (GIRARDI *et al.*, 2017).

Um estudo realizado com gestores no Canadá observou um fraco engajamento dos médicos com o sistema de saúde e, principalmente, com a regionalização. Os modos de engajamento, contratação e remuneração dos médicos foram reconhecidos pelos participantes do estudo como um dos maiores obstáculos para melhorar o desempenho dos sistemas regionais de saúde canadenses. Nessa perspectiva, o envolvimento dos médicos é fator fundamental para obter a plena implantação da regionalização nos serviços de saúde (MARCHILDON, 2016).

Considerando a problemática da força de trabalho para a regionalização dos serviços e estabelecendo um diálogo com a PAS, considera-se necessário sistematizar a força de trabalho em saúde nas regiões e estados selecionados para pesquisa “Efetividade da Estratégia Planificação da Atenção à Saúde em Cinco Regiões de Saúde do Brasil – EfetivaPAS”.

IMPLICAÇÕES DAS TRANSIÇÕES DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA PARA A ESTRUTURAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

As mudanças que emergiram na sociedade brasileira durante a primeira década do século XXI podem ser caracterizadas, segundo Camarano, Kanso e Fernandes (2014), pela palavra “redução” – embora ela tenha sido relativa em vários aspectos. Algumas dessas mudanças foram positivas, como a redução do contingente populacional em situação de pobreza, a redução da desigualdade de renda, a redução do desemprego e a redução do número de vínculos informais no mercado de trabalho. Entretanto, outras mudanças representam desafios para as políticas sociais nas próximas dé-

cadras, sobretudo a redução do crescimento econômico, relacionada com os anos mais recentes, e das taxas de fecundidade e de mortalidade nas faixas etárias mais elevadas da população.

Esse processo de transição demográfica, caracterizado pelo decréscimo das taxas de mortalidade e fecundidade/natalidade, vem provocando mudanças na estrutura etária da população brasileira, marcadas pela redução da participação relativa de crianças/jovens e aumento proporcional de adultos e idosos (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015).

Com a população potencialmente ativa (entre 15 e 59 anos) crescendo mais rapidamente do que a população “dependente” (jovens abaixo de 15 anos e idosos acima de 60 anos), esse período corresponde ao que se convencionou chamar de bônus ou dividendo demográfico. Isso porque há proporcionalmente mais pessoas situadas na faixa etária com maior probabilidade de exercer atividade econômica e, portanto, produzir mais do que consome, do que aquelas não produtivas e potencialmente dependentes desse mesmo grupo.

Como bem destacado por Borges, Campos e Silva (2015), os possíveis benefícios associados ao bônus demográfico (ampliação do mercado de trabalho, incremento da produtividade, crescimento econômico e aumento de recursos para financiamento de políticas públicas) não são automaticamente determinados pelas condições demográficas. Na verdade, eles supõem certas condições de cobertura e qualidade educacional, além de políticas de emprego capazes de incorporar, de modo satisfatório, a população ao mercado de trabalho e criar o excedente econômico. Nesse sentido, afirmam os autores, o fenômeno favorece, mas não garante as mudanças sociais desejadas. Por isso, o bônus demográfico deve ser considerado uma “janela de oportunidades”.

Esse período de condições demográficas favoráveis tende a desaparecer quando a população dependente começa a crescer mais rápido do que a população em idade ativa, lançando uma nova fase na qual a população idosa (60 anos ou mais) começa a predominar entre o grupo dependente.

Projeções da população brasileira feitas pelo IBGE indicam que essa virada deverá acontecer por volta de 2030, quando a proporção de idosos será de 18,1% (contra 11,7% em 2015), ao passo que a proporção de crianças e jovens até 14 anos será de 17,6% (contra 23,2% em 2015). Já a pro-

porção de adultos potencialmente ativos (entre 15 e 59 anos), que era de 61,8% em 2000, continuará crescendo ligeiramente até o final desta década, quando chegará a representar 65,3% da população brasileira, para depois começar a cair progressivamente. Ao mesmo tempo, a razão de dependência³, que já foi de 61,9% em 2000 e atualmente é de 53,6%, continuará próxima desse patamar nos primeiros anos da década de 2020, quando então começará sua trajetória ascendente até atingir 87,6% em 2060.

Para Camarano, Kanso e Fernandes (2014), os dados sugerem que o Brasil está diante de um novo paradigma demográfico, bastante diferente daquele observado em meados do século XX. As principais características desse novo paradigma incluem famílias de filho único, rápido crescimento da esperança de vida ao nascer e nas idades avançadas, diminuição da população e da força de trabalho, e envelhecimento na estrutura etária populacional.

Também é importante destacar que, do ponto de vista geográfico, coexistem níveis e padrões de mortalidade e fecundidade diferenciados no território nacional, assim como fluxos migratórios distintos em cada região e Unidades da Federação (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015).

Mudanças associadas aos padrões de adoecimento e morte nas últimas décadas indicam que a população brasileira também está passando por um processo de transição epidemiológica. De modo geral, esse processo é caracterizado pela substituição progressiva das doenças infecciosas e parasitárias pelas doenças crônicas e degenerativas.

De acordo com a teoria da transição epidemiológica (OMRAN, 1971), esse processo é marcado por três estágios. O primeiro, vigente até o final do século XIX, caracterizou-se pela alta prevalência de doenças infecciosas, desnutrição e baixa expectativa de vida. No início do século XX, tivemos o segundo estágio, demarcado pela redução das pandemias em função do

³ Razão de dependência é um indicador que verifica a razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 60 e mais anos de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. É utilizado para acompanhar a evolução do grau de dependência econômica em uma determinada população, sinalizar o processo de rejuvenescimento ou envelhecimento populacional e subsidiar a formulação de políticas nas áreas de saúde e de previdência social (RIPSA, 2012).

aumento de riqueza, da disponibilidade de alimentos, políticas de saúde pública, saneamento e qualidade da água. O momento atual corresponderia ao terceiro estágio dessa transição, marcado pelo crescimento das doenças cardiovasculares, neoplasias, aumento do uso de fumo, baixos níveis de atividade física, alimentação rica em produtos animais e gorduras. Completam esse quadro a redução da mortalidade geral, com seu pico concentrado nas idades mais avançadas, e predominância de morbidades. Esse novo perfil epidemiológico está associado a processos de envelhecimento populacional, desenvolvimento econômico, industrialização e urbanização (SERVO, 2014).

Características específicas dos países da América Latina levaram alguns autores a questionar a teoria da transição epidemiológica, argumentando que o perfil epidemiológico dos países da região é mais heterogêneo. O “modelo polarizado e prolongado” de transição epidemiológica proposto por Frenk *et al.* (1991) sintetiza as características que distinguem esses países:

a) uma sobreposição de estágios, com doenças infectoparasitárias e crônico-degenerativas com grande importância absoluta e relativa;

b) um movimento de contratransição representado pelo ressurgimento de doenças que antes estavam controladas (malária, cólera e dengue), com grande importância na morbidade, mas sem grande interferência na mortalidade;

c) uma transição prolongada, com períodos longos sem alterações significativas nos padrões de morbimortalidade;

d) polarização epidemiológica, com diferenças no perfil de mortalidade entre os grupos sociais e as regiões dos países.

As mudanças no perfil de mortalidade brasileira no período 1980-2010 foram sistematizadas por Kanso (2014) e incluem os seguintes aspectos:

- redução dos óbitos da população menor de 1 ano de idade (de 24,3% do total em 1980 para 3,6% em 2010) e aumento dos óbitos da população idosa (de 38,5% em 1980 para 61,9% em 2010);

- aumento da mortalidade masculina entre os jovens de 15 a 29 anos, que passou de 214 óbitos masculinos (para cada 100 óbitos femininos) em 1980 para 396 óbitos em 2010;

- queda na proporção de óbitos por doenças infecciosas (de 9,3% em 1980 para 4,3% em 2010) e aumento na proporção de óbitos por neoplasias (aumento de 7,5% no período), causas externas (aumento de 3,2% no

período), doenças do aparelho circulatório (aumento de 3,5% no período) e respiratório (aumento de 2,6% no período);

- aumento de óbitos entre os jovens por causas externas, tanto entre os homens (de 61,5% em 1980 para 77,9% em 2010) como entre as mulheres (de 25,5% para 36,8%);

- redução dos óbitos nos idosos por doenças do aparelho circulatório (redução de 36,1% no período) e aumento proporcional de óbitos causados por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, doenças do aparelho respiratório e neoplasias, tanto para os homens como para as mulheres.

Além dos aspectos acima, é importante destacar que houve, nesse período, redução de 80% na probabilidade de morte até 1 ano (mortalidade infantil) e aumento de 20% na esperança de vida ao nascer, tanto para os homens como para as mulheres.

Como se pode verificar pela análise das informações sobre mortalidade, houve aumento da participação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), assim como redução dos casos de doenças infecciosas e parasitárias no Brasil. No caso das DCNT, Servo (2014) destaca que quatro doenças respondem por 60% dos óbitos: doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, DM e doenças respiratórias crônicas.

Dentre os fatores de risco modificáveis mais importantes associados a essas doenças, destacam-se o tabagismo, a alimentação inadequada, o consumo de bebidas alcólicas e a inatividade física. Dessa forma, políticas públicas direcionadas para o controle desses fatores de risco possuem grande chance de reduzir a taxa de mortalidade por DCNT. No que diz respeito às doenças infecciosas e parasitárias, Luna e Silva-Júnior (2013) destacam a existência de três grupos de doenças no Brasil:

- a) doenças com tendência ao declínio em sua incidência, prevalência e mortalidade (imunopreveníveis, diarreias, doença de Chagas, esquistossomose, raiva humana, hepatites A e B, filariose linfática e oncocercose);

- b) doenças que vêm apresentando estabilização em seus indicadores de ocorrência, mas que ainda representam um problema importante de saúde pública (hanseníase, tuberculose, tracoma, malária, doença meningocócica, geohelmintíases, cisticercose, toxoplasmose, febre tifoide, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis, peste, varicela, micoses sistêmicas e hidatidose);

c) doenças emergentes e reemergentes, entendidas como aquelas cuja incidência vem aumentando nas últimas duas décadas ou ameaça aumentar num futuro próximo (dengue, HIV/aids, cólera, leishmanioses, doenças transmitidas por alimentos, hantavirose, febre maculosa e infecções hospitalares).

A compressão da mortalidade é um processo caracterizado pelo aumento da idade média à morte paralelo à redução na dispersão dos óbitos ao redor dessa idade. Tal cenário impacta fortemente na formulação de um grande conjunto de políticas públicas, tais como mercado de trabalho, saúde, educação e previdência social, entre outras.

Especificamente em termos de políticas de saúde, esse cenário implicará importantes mudanças na oferta de serviços de saúde, nas práticas de assistência e na educação dos profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, mudanças nos serviços voltados ao tratamento de doenças crônicas e à prevenção de saúde serão centrais no formato e modelo da assistência à saúde.

Nesse cenário, a oferta suficiente e adequada de profissionais de saúde é essencial para dar conta do envelhecimento da população, como do enfrentamento das doenças crônicas.

A FORÇA DE TRABALHO NOS ESTADOS SELECIONADOS PARA PESQUISA EFETIVAPAS

RAZÃO DE PROFISSIONAIS POR HABITANTE

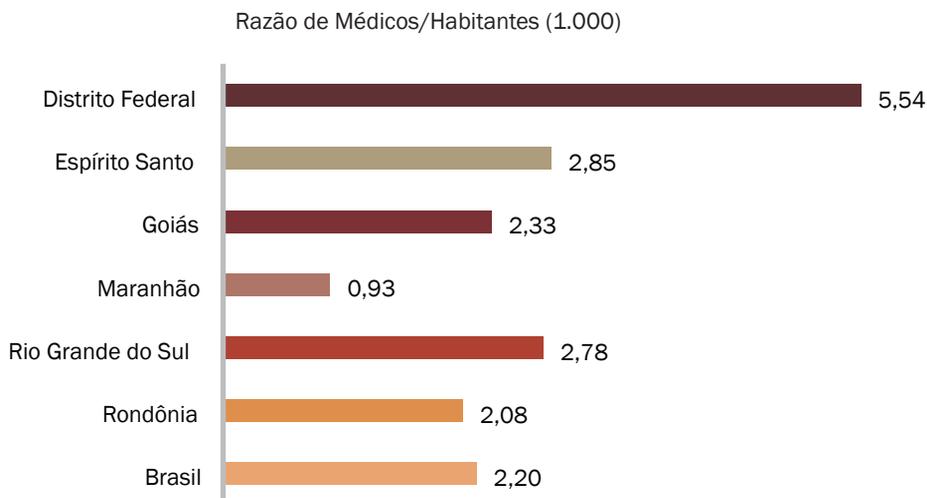
Este indicador mede a disponibilidade de profissionais de saúde (por mil habitantes), segundo categorias selecionadas e sua localização geográfica. Permite analisar variações geográficas e temporais na distribuição de profissionais de saúde, identificando situações de desequilíbrio; subsidiar políticas de incentivo à interiorização de profissionais de saúde e contribuir nos processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas à formação de profissionais de saúde e sua inserção no mercado de trabalho. A oferta de médicos pode ser considerada adequada quando superior a 1 por mil habitantes, segundo critérios internacionais.

Os dados identificaram uma razão acima de 2 médicos por mil habitantes para o Brasil e para todos os estados da pesquisa, com exceção

do Maranhão que apresentou somente 0,93 médico por mil habitantes. O Distrito Federal se destacou com 5,54 médicos, para o ano de 2020. Os estados do Espírito Santo, do Rio Grande do Sul e de Goiás apresentaram razão superior ao do resultado apurado para o Brasil (Gráfico 1).

GRÁFICO 1. Razão de médicos por mil habitantes (DF, ES, GO, MA, RS, RO e Brasil, 2020)

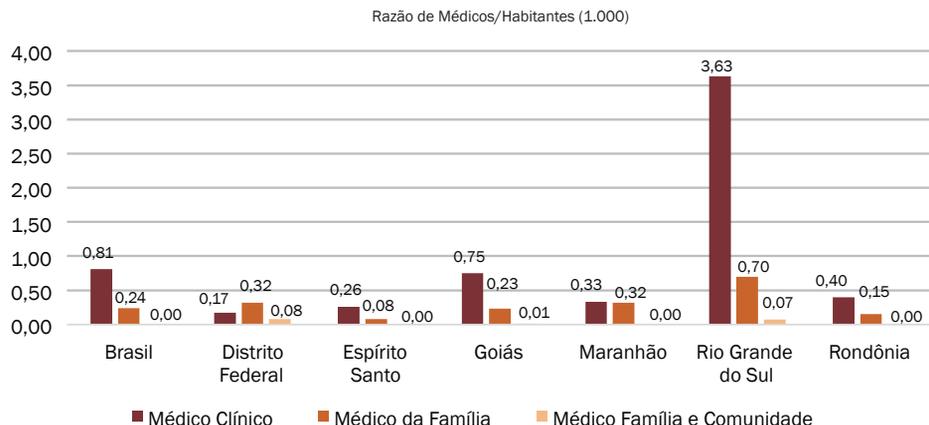
n. 39
Contribuições para a
Avaliação da Efetividade
da Planificação da
Atenção à Saúde



FONTE: PROJEÇÃO DO ESTUDO DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL – 2010-2028 (CFM/CREMESP).

Ao fazer a estratificação por médico clínico, médico de família e médico de família e comunidade, observou-se que os médicos clínicos e de família se sobressaíram. A soma dessas duas categorias corresponde a quase a metade da razão do total de médicos para o Brasil (razão de 1,06 por mil habitantes). Os destaques para esse indicador foram os estados do Rio Grande do Sul, de Goiás e do Espírito Santo para médicos clínicos, e para médicos de família, o estado do Maranhão (Gráfico 2).

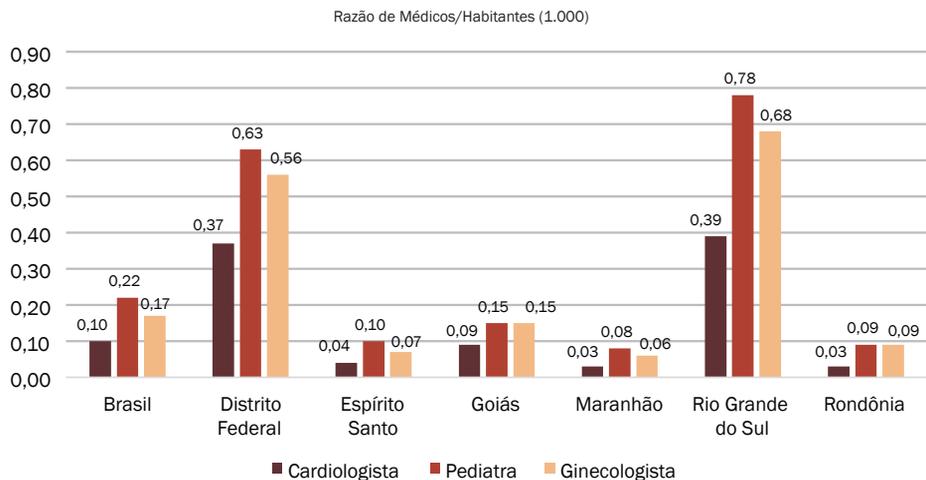
GRÁFICO 2. Razão de médicos clínico geral, de família, de família e comunidade por mil habitantes (DF, ES, GO, MA, RS, RO e Brasil, 2020)



FORNTE: CNES – [HTTP://CNES2.DATASUS.GOV.BR/MOD_IND_PROFIOSSIONAL_COM_CBO.ASP](http://cnes2.datasus.gov.br/mod_ind_profissional_com_cbo.asp) – COMPE-TÊNCIA 07/2020.

Em relação aos especialistas (cardiologista, pediatra e ginecologis-ta), as razões se diferenciam bem mais, com destaque para Distrito Federal e Rio Grande do Sul.

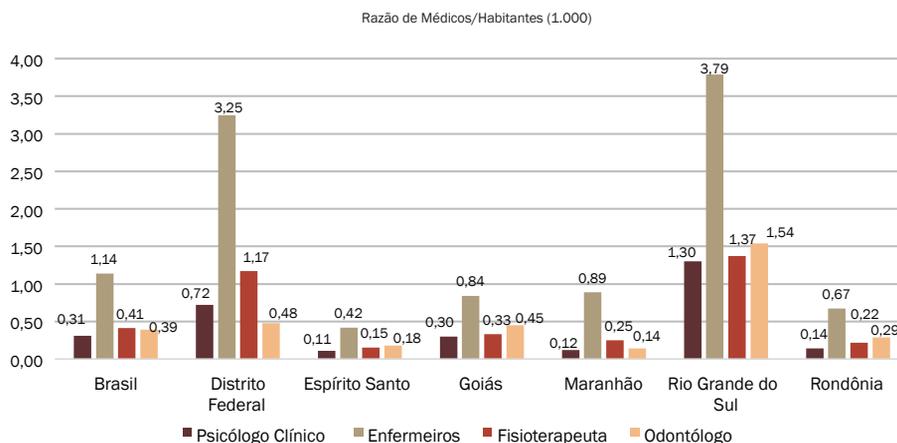
GRÁFICO 3. Razão de médicos cardiologista, pediatra e ginecologista por mil habitantes (DF, ES, GO, MA, RS, RO e Brasil, 2020)



FORNTE: CNES – [HTTP://CNES2.DATASUS.GOV.BR/MOD_IND_PROFIOSSIONAL_COM_CBO.ASP](http://cnes2.datasus.gov.br/mod_ind_profissional_com_cbo.asp) – COMPE-TÊNCIA 07/2020.

Quanto aos demais profissionais de nível superior (psicólogo clínico, enfermeiro, fisioterapeuta e odontólogo), houve alta razão para enfermeiros. A literatura sinaliza que a oferta de enfermeiros pode ser considerada adequada quando superior à de médicos, situação observada apenas no Distrito Federal e no Rio Grande do Sul. Para o Brasil, os dados identificaram uma razão acima de 1 enfermeiro por mil habitantes, enquanto Espírito Santo, Goiás, Maranhão e Rondônia apresentaram razões inferiores à nacional (Gráfico 4).

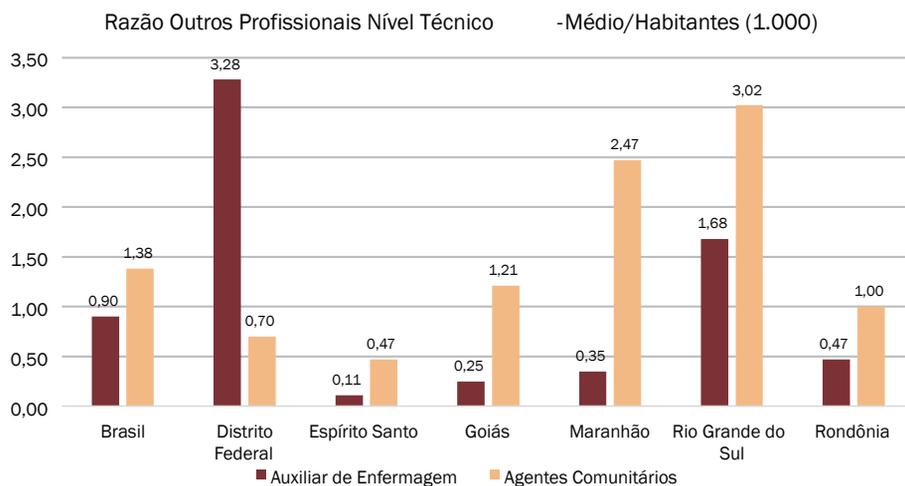
GRÁFICO 4. Razão de psicólogo clínico, enfermeiro, fisioterapeuta e odontólogo por mil habitantes (DF, ES, GO, MA, RS, RO e Brasil, 2020)



FONTE: CNES – [HTTP://CNES2.DATASUS.GOV.BR/MOD_IND_PROFSSIONAL_COM_CBO.ASP](http://cnes2.datasus.gov.br/mod_ind_profissional_com_cbo.asp) – COMPE-TÊNCIA 07/2020.

Em relação aos profissionais de nível técnico, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, a distribuição foi menos desigual, com destaque para o número de agentes comunitários de saúde no Rio Grande do Sul (Gráfico 5).

GRÁFICO 5. Razão de profissionais de nível técnico por mil habitantes (DF, ES, GO, MA, RS, RO e Brasil, 2020)



FORNTE: CNES – [HTTP://CNES2.DATASUS.GOV.BR/MOD_IND_PROFSSIONAL_COM_CBO.ASP](http://cnes2.datasus.gov.br/mod_ind_profissional_com_cbo.asp) – COMPE-TÊNCIA 07/2020.

QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS POR ESTADOS

Os números sobre a disponibilidade da força de trabalho por estado são apresentados nas Tabelas 1 a 5.

TABELA 1. População total, quantitativo de profissionais médicos e razão de médico por habitante (DF, ES, GO, MA, RS, RO e Brasil, 2020)

	POPULAÇÃO	Nº DE MÉDICOS	RAZÃO MÉDICO/HABITANTE
Brasil	207.143.243	455.892	2,20
Distrito Federal	2.974.360	16.483	5,54
Espírito Santo	3.716.519	10.592	2,85
Goiás	6.837.991	15.927	2,33
Maranhão	7.302.898	6.778	0,93
Rio Grande do Sul	10.980.568	30.497	2,78
Rondônia	1.709.064	3.561	2,08

FORNTE: PROJEÇÃO DO ESTUDO DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL – 2010-2028 (CFM/CREMESP).

TABELA 2. População total, médico clínico, médico de família e médico de família e comunidade e, respectivas razões por habitante (DF, ES, GO, MA, RS, RO e Brasil, 2020)

	POPULAÇÃO	MÉDICO CLÍNICO	RAZÃO MÉDICO CLÍNICO/HABITANTE	MÉDICO DE FAMÍLIA	RAZÃO MÉDICO DE FAMÍLIA/HABITANTE	MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	RAZÃO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE/HABITANTE
Brasil	207.143.243	455.892	2,20	49.902	0,24	1.477	0,01
Distrito Federal	2.974.360	16.483	5,54	549	0,18	137	0,05
Espírito Santo	3.716.519	10.592	2,85	923	0,25	44	0,01
Goiás	6.837.991	15.927	2,33	1.709	0,25	58	0,01
Maranhão	7.302.898	6.778	0,93	2.204	0,30	8	0,00
Rio Grande do Sul	10.980.568	30.497	2,78	2.591	0,24	242	0,02
Rondônia	1.709.064	3.561	2,08	435	0,25	12	0,01

FONTE: CNES – [HTTP://CNES2.DATASUS.GOV.BR/MOD_IND_PROFSSIONAL_COM_CBO.ASP](http://cnes2.datasus.gov.br/mod_ind_profissional_com_cbo.asp) – COMPE-TÊNCIA 07/2020.

TABELA 3. População total, cardiologista, pediatra e ginecologista e respectivas razões por habitante (DF, ES, GO, MA, RS, RO e Brasil, 2020)

	POPULAÇÃO	CARDIOLOGISTA	RAZÃO CARDIOLOGISTA/HABITANTE	PEDIATRA	RAZÃO PEDIATRA/HABITANTE	GINECOLOGISTA	RAZÃO GINECOLOGISTA/HABITANTE
Brasil	207.143.243	21.205	0,10	45.222	0,22	34.372	0,17
Distrito Federal	2.974.360	632	0,21	1.078	0,36	949	0,32
Espírito Santo	3.716.519	480	0,13	1.117	0,30	781	0,21

	POPULAÇÃO	CARDIOLOGISTA	RAZÃO CARDIOLOGISTA/ HABITANTE	PEDIATRA	RAZÃO PEDIATRA/ HABITANTE	GINECOLOGISTA	RAZÃO GINECOLOGISTA/ HABITANTE
Goiás	6.837.991	629	0,09	1.088	0,16	1.069	0,16
Maranhão	7.302.898	217	0,03	520	0,07	416	0,06
Rio Grande do Sul	10.980.568	1.439	0,13	2.893	0,26	2.522	0,23
Rondônia	1.709.064	101	0,06	261	0,15	253	0,15

FONTE: CNES – [HTTP://CNES2.DATASUS.GOV.BR/MOD_IND_PROFSSIONAL_COM_CBO.ASP](http://cnes2.datasus.gov.br/mod_ind_profissional_com_cbo.asp) – COMPE-TÊNCIA 07/2020.

TABELA 4. População total, psicólogo clínico, enfermeiro, fisioterapeuta e odontólogo e, respectivas razões por habitante (DF, ES, GO, MA, RS, RO e Brasil, 2020)

	POPULAÇÃO	PSICÓLOGO CLÍNICO	RAZÃO PSICÓ- LOGO CLÍNICO	ENFERMEIRO	RAZÃO EN- FERMEIRO	FISIOTERA- PEUTA	RAZÃO FISISIO- TERAPEUTA	ODONTÓLOGO	RAZÃO ODON- TÓLOGO
Brasil	207.143.243	64.750	0,31	236.987	1,14	85.340	0,41	81.486	0,39
Distrito Federal	2.974.360	1.229	0,72	5.547	3,25	1.996	1,17	815	0,48
Espírito Santo	3.716.519	1.197	0,11	4.625	0,42	1.678	0,15	1.960	0,18
Goiás	6.837.991	2.197	0,30	6.155	0,84	2.400	0,33	3.274	0,45
Maranhão	7.302.898	838	0,12	6.105	0,89	1.710	0,25	939	0,14
Rio Grande do Sul	10.980.568	4.826	1,30	14.085	3,79	5.094	1,37	5.727	1,54
Rondônia	1.709.064	410	0,14	1.979	0,67	645	0,22	869	0,29

FONTE: CNES – [HTTP://CNES2.DATASUS.GOV.BR/MOD_IND_PROFSSIONAL_COM_CBO.ASP](http://cnes2.datasus.gov.br/mod_ind_profissional_com_cbo.asp) – COMPE-TÊNCIA 07/2020.

TABELA 5. População total, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde e, respectivas razões por habitante (DF, ES, GO, MA, RS, RO e Brasil, 2020)

	POPULAÇÃO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	RAZÃO AUXILIAR DE ENFERMAGEM / HABITANTE	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	RAZÃO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE / HABITANTE
Brasil	207.143.243	187.305	0,90	285.969	1,38
Distrito Federal	2.974.360	5.598	1,88	1.190	0,40
Espírito Santo	3.716.519	1.237	0,33	5.209	1,40
Goiás	6.837.991	1.794	0,26	8.863	1,30
Maranhão	7.302.898	2.424	0,33	16.877	2,31
Rio Grande do Sul	10.980.568	6.231	0,57	11.226	1,02
Rondônia	1.709.064	1.398	0,82	2.975	1,74

FONTE: CNES – [HTTP://CNES2.DATASUS.GOV.BR/MOD_IND_PROFSSIONAL_COM_CBO.ASP](http://cnes2.datasus.gov.br/mod_ind_profissional_com_cbo.asp) – COMPETÊNCIA 07/2020.

ANÁLISE POR REGIÃO DE SAÚDE

Esta análise considerou as regiões de saúde e os respectivos municípios que integraram a área de estudo da pesquisa EfetivaPAS, como demonstrado no Quadro 1.

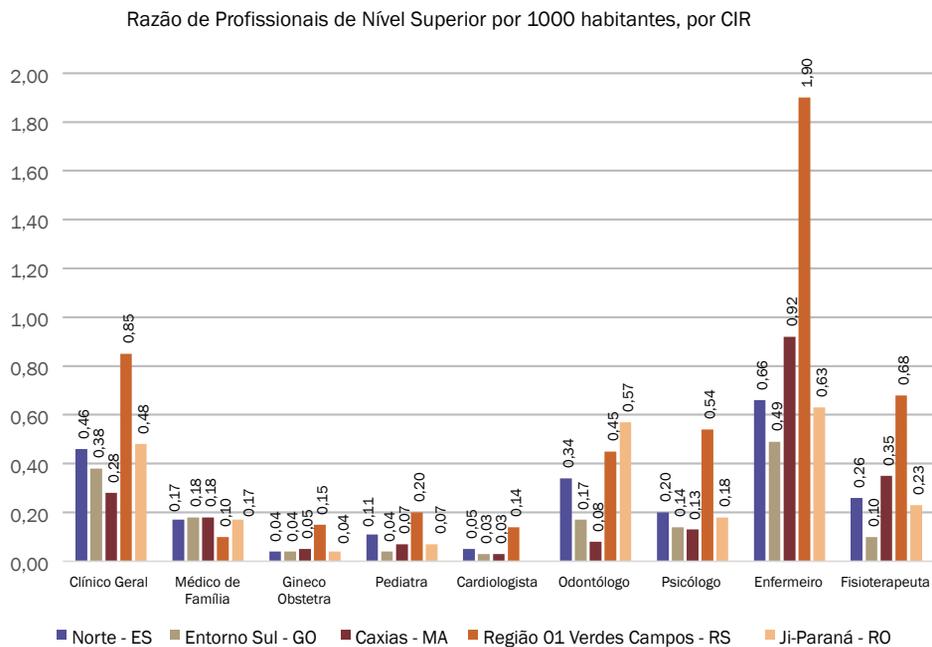
QUADRO 1. Unidades da Federação, regiões de saúde e quantidade de municípios integrantes da PAS

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	REGIÃO DE SAÚDE	QUANTIDADE DE MUNICÍPIOS INTEGRANTES DA PAS
Espírito Santo	Norte	14
Distrito Federal	Leste	04
Goiás	Entorno Sul	07
Maranhão	Caxias	07
Rio Grande do Sul	Verdes Campos	21
Rondônia	Central	11

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

A razão de profissionais de nível superior por mil habitantes nas regiões analisadas, com exceção da categoria médica, evidenciou o profissional enfermeiro, com destaque para a região Verdes Campos (RS).

GRÁFICO 6. Razão de profissionais de nível superior por mil habitantes, segundo regiões de saúde integrantes da PAS, 2020



FONTES: CNES – [HTTP://CNES2.DATASUS.GOV.BR/MOD_IND_PROFSSIONAL_COM_CBO.ASP](http://cnes2.datasus.gov.br/mod_ind_profissional_com_cbo.asp) – COMPE-TÊNCIA 07/2020.

Os dados a seguir apresentam o detalhamento da força de trabalho de profissionais de nível superior nos municípios integrantes das cinco regiões da PAS (Tabelas 7 a 11).

TABELA 7. Razão de profissionais de saúde de nível superior por mil habitantes na Região de Saúde Norte (ES), 2020

CIR/MUNICÍPIO	CLÍNICO GERAL	MÉDICO DE FAMÍLIA	GINECO-OBS-TETRA	PEDIATRA	CARDIOLOGISTA	ODONTÓLOGO	PSICÓLOGO	ENFERMEIRO	FISIOTERAPEUTA
NORTE - ES	0,46	0,17	0,34	0,11	0,05	0,34	0,20	0,66	0,26
Água doce do Norte	0,00	0,34	0,00	0,00	0,00	0,26	0,17	0,09	0,00
Barra de São Francisco	0,43	0,17	0,17	0,15	0,11	0,61	0,15	0,65	0,39
Boa Esperança	0,57	0,26	0,00	0,00	0,00	0,19	0,13	0,51	0,19
Conceição da Barra	0,37	0,16	0,00	0,06	0,00	0,00	0,09	0,50	0,16
Ecoporanga	0,00	0,25	0,00	0,12	0,04	0,21	0,12	0,37	0,29
Jaguaré	0,81	0,16	0,06	0,13	0,06	0,35	0,16	0,45	0,16
Montanha	0,46	0,10	0,00	0,15	0,00	0,36	0,41	1,02	0,56
Mucurici	1,03	0,34	0,00	0,00	0,17	0,17	0,17	1,20	0,34
Nova Venécia	0,52	0,21	0,02	0,10	0,06	0,65	0,52	0,58	0,31
Pedro Canário	0,33	0,26	0,00	0,07	0,04	0,18	0,07	0,37	0,18
Pinheiros	0,32	0,18	0,00	0,07	0,04	0,36	0,14	0,25	0,11
Porto Belo	0,12	0,12	0,00	0,00	0,12	0,00	0,12	0,37	0,62
São Mateus	0,56	0,12	0,06	0,16	0,04	0,31	0,17	0,98	0,25
Vila Pavão	0,21	0,10	0,00	0,00	0,00	0,10	0,31	0,63	0,10

FONTE: CNES – [HTTP://CNES2.DATASUS.GOV.BR/MOD_IND_PROFSSIONAL_COM_CBO.ASP](http://cnes2.datasus.gov.br/mod_ind_profissional_com_cbo.asp) – COMPE-TÊNCIA 07/2020.

TABELA 8. Razão de profissionais de saúde de nível superior por mil habitantes na Região de Saúde Entorno Sul (GO), 2020

CIR/MUNICÍPIO	CLÍNICO GERAL	MÉDICO DE FAMÍLIA	GINECO-OBS-TETRA	PEDIATRA	CARDIOLOGISTA	ODONTÓLOGO	PSICÓLOGO	ENFERMEIRO	FISIOTERAPEUTA
ENTORNO SUL – GO	0,38	0,18	0,04	0,04	0,03	0,17	0,14	0,49	0,10
Águas Lindas de Goiás	0,24	0,09	0,04	0,02	0,03	0,03	0,13	0,28	0,05
Cidade Ocidental	0,64	0,38	0,01	0,01	0,03	0,07	0,16	0,55	0,16
Cristalina	0,41	0,24	0,07	0,03	0,00	0,05	0,12	0,81	0,26
Luziânia	0,58	0,11	0,04	0,05	0,04	0,48	0,18	0,58	0,14
Novo Gama	0,24	0,21	0,03	0,02	0,03	0,03	0,10	0,30	0,03
Santo Antônio do	0,09	0,21	0,00	0,08	0,00	0,04	0,13	0,43	0,04
Valparaíso Goiás	0,42	0,22	0,07	0,05	0,02	0,19	0,11	0,67	0,12

FONTE: CNES – [HTTP://CNES2.DATASUS.GOV.BR/MOD_IND_PROFSSIONAL_COM_CBO.ASP](http://cnes2.datasus.gov.br/mod_ind_profissional_com_cbo.asp) – COMPE-TÊNCIA 07/2020.

TABELA 9. Razão de profissionais de saúde de nível superior por mil habitantes na Região de Saúde Caxias (MA), 2020

CIR/MUNICÍPIO	CLÍNICO GERAL	MÉDICO DE FAMÍLIA	GINECO-OBS-TETRA	PEDIATRA	CARDIOLOGISTA	ODONTÓLOGO	PSICÓLOGO	ENFERMEIRO	FISIOTERAPEUTA
CAXIAS – MA	0,28	0,18	0,05	0,07	0,03	0,08	0,13	0,92	0,35
Afonso Cunha	0,30	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	0,60	0,30
Aldeias Altas	0,07	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,18	0,15
Buriti	0,17	0,24	0,00	0,00	0,00	0,03	0,07	0,31	0,10
Caxias	0,40	0,18	0,08	0,12	0,05	0,12	0,14	1,38	0,49
Coelho Neto	0,16	0,14	0,02	0,02	0,00	0,08	0,14	0,49	0,14
Duque Bacelar	0,18	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18	0,44	0,09
São João Soter	0,05	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,38	0,48

FONTE: CNES – [HTTP://CNES2.DATASUS.GOV.BR/MOD_IND_PROFSSIONAL_COM_CBO.ASP](http://cnes2.datasus.gov.br/mod_ind_profissional_com_cbo.asp) – COMPE-TÊNCIA 07/2020.

TABELA 10. Razão de profissionais de saúde de nível superior por mil habitantes na Região de Saúde Verdes Campos (RS), 2020

CIR/MUNICÍPIO	CLÍNICO GERAL	MÉDICO DE FAMÍLIA	GINECO-OBSTETRA	PEDIATRA	CARDIOLOGISTA	ODONTÓLOGO	PSICÓLOGO	ENFERMEIRO	FISIOTERAPEUTA
REGIÃO 01 - VERDES CAMPOS	0,85	0,10	0,15	0,20	0,14	0,45	0,54	1,90	0,68
Agudo	1,06	0,06	0,00	0,06	0,29	0,35	0,12	0,59	0,23
Dilermando de Aguiar	0,96	0,32	0,32	0,00	0,00	0,64	0,32	1,28	0,64
Dona Francisca	0,00	0,31	0,00	0,00	0,00	0,61	0,31	1,22	0,00
Faxinal do Soturno	22,87	0,15	0,44	1,31	0,73	2,04	6,12	4,37	5,24
Formigueiro	0,29	0,00	0,00	0,14	0,00	0,14	0,14	0,86	0,29
Itaara	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,37	0,18	0,73	0,18
Ivorá	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,48	0,00	0,97	0,00
Júlio de Castilhos	0,35	0,15	0,05	0,10	0,00	0,25	0,25	0,70	0,60
Nova Palma	0,60	0,30	0,15	0,15	0,00	0,45	0,15	1,66	0,45
Paraíso do Sul	0,26	0,00	0,00	0,00	0,13	1,30	0,13	0,78	0,52
Pinhal Grande	0,66	0,22	0,00	0,00	0,00	0,66	0,22	2,21	0,22
Quevedos	0,00	0,71	0,35	0,00	0,00	1,06	0,35	0,35	0,35
Restinga Seca	0,18	0,06	0,06	0,00	0,00	0,25	0,18	0,80	0,31
Santa Maria	0,58	0,07	0,20	0,26	0,18	0,47	0,58	2,43	0,73
São João do Polêsine	0,37	0,37	0,00	0,00	0,00	0,37	0,74	2,98	0,37
São Martinho da Serra	0,30	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,30	1,21	0,00
São Pedro do Sul	0,42	0,12	0,00	0,00	0,00	0,18	0,18	0,90	0,48
São Sepé	0,21	0,16	0,00	0,04	0,00	0,08	0,29	0,41	0,53
Silveira Martins	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,40	0,40	0,80	0,40
Toropi	0,34	0,34	0,00	0,00	0,00	0,34	0,34	0,34	0,34
Vila Nova do Sul	0,00	0,23	0,00	0,00	0,00	0,23	0,00	0,00	0,00

FONTE: CNES – [HTTP://CNES2.DATASUS.GOV.BR/MOD_IND_PROFSSIONAL_COM_CBO.ASP](http://cnes2.datasus.gov.br/mod_ind_profissional_com_cbo.asp) – COMPE-TÊNCIA 07/2020.

TABELA 11. Razão de profissionais de saúde de nível superior por mil habitantes na Região de Saúde Ji-Paraná (RO), 2020

CIR/MUNICÍPIO	CLÍNICO GERAL	MÉDICO DE FAMÍLIA	GINECO-OBSTETRA	PEDIATRA	CARDIOLOGISTA	ODONTÓLOGO	PSICÓLOGO	ENFERMEIRO	FISIOTERAPEUTA
JI-PARANÁ – CENTRAL – RO	0,48	0,17	0,04	0,07	0,00	0,57	0,18	0,63	0,23
Alvorada D'Oeste	0,28	0,17	0,00	0,07	0,00	0,35	0,07	0,85	0,21
Governador Jorge Teixeira	0,13	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,67	0,13
Jaru	0,48	0,15	0,04	0,04	0,04	1,07	0,19	0,81	0,23
Ji-paraná	0,75	0,12	0,08	0,11	0,07	0,85	0,29	0,60	0,32
Mirante da Serra	0,83	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,46	0,09
Nova União	0,15	0,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,58	0,15
Ouro Preto do Oeste	0,42	0,17	0,06	0,20	0,08	0,34	0,14	0,59	0,20
Presidente Médici	0,05	0,27	0,00	0,00	0,00	0,48	0,16	0,97	0,22
São Miguel do Guaporé	0,09	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13	0,43	0,17
Teixeirópolis	0,71	0,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,71	0,00
Theobroma	0,29	0,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,67	0,19
Urupá	0,18	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09	0,35	0,18
Vale do Anari	0,09	0,18	0,00	0,00	0,00	0,18	0,00	0,18	0,09
Vale do Paraíso	0,00	0,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,60	0,00

FONTE: CNES – [HTTP://CNES2.DATASUS.GOV.BR/MOD_IND_PROFIOSSIONAL_COM_CBO.ASP](http://cnes2.datasus.gov.br/mod_ind_profissional_com_cbo.asp) – COMPE-TÊNCIA 07/2020.

TABELA 12. Razão de profissionais de saúde de nível superior por mil habitantes na Região de Saúde Leste (DF), 2020

CIR/MUNICÍPIO	CLÍNICO GERAL	MÉDICO DE FAMÍLIA	GINECO-OBSTETRA	PEDIATRA	CARDIOLOGISTA	ODONTÓLOGO	PSICÓLOGO	ENFERMEIRO	FISIOTERAPEUTA
Distrito Federal	0,17	0,40	0,56	0,63	0,37	0,48	0,72	3,25	1,17

FONTE: CNES – [HTTP://CNES2.DATASUS.GOV.BR/MOD_IND_PROFIOSSIONAL_COM_CBO.ASP](http://cnes2.datasus.gov.br/mod_ind_profissional_com_cbo.asp) – COMPE-TÊNCIA 07/2020.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, a reorientação do modelo de atenção proposto pelas RAS, com centralidade na APS, apresenta elevado grau de descentralização e capilaridade por estar mais próxima de onde as pessoas vivem, moram e trabalham, acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os diferentes pontos de atenção (ALVES *et al.*, 2014; BRASIL, 2012).

Contudo, o processo de implementação do SUS apresenta uma série de limitações. O modelo de cuidado, por exemplo, não tem acompanhado plenamente as mudanças no estilo de vida da população brasileira, bem como para o processo de transição do perfil epidemiológico e demográfico com a instalação de DCNT, considerando o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população.

Nesse sentido, a sistematização da força de trabalho nas regiões de saúde integrantes da estratégia PAS evidenciou as disparidades regionais e a dificuldade para fixar médicos de família e de família e comunidade nos territórios adscritos. Entre as especialidades médicas, os estados do Espírito Santo, de Goiás, do Maranhão e de Rondônia se mostraram pouco atrativos para cardiologistas, pediatras e ginecologistas – corroborando os vazios assistenciais relatados pela literatura. Colocando em perspectiva as demais categorias profissionais, o enfermeiro obteve destaque – sinalizando sua importância na organização gerencial das UBS, no acolhimento e atendimento à população.

Compreender os movimentos da força de trabalho no SUS permite analisar variações geográficas e temporais na distribuição de profissionais de saúde, subsidiando políticas de incentivo à interiorização de profissionais, além de contribuir para o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações voltadas à formação de profissionais de saúde e sua inserção no mercado de trabalho. Ademais, abre caminhos e possibilidades para a implementação dos princípios de equidade e universalidade no cotidiano da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. G. M. *et al.* Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 34-51, 2014. Número especial. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600034&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 maio 2021.

BORGES, G. M.; CAMPOS, M. B. S.; CASTRO, L. G. C. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. *In*: BORGES, G.M.; ERVATTI, L. R.; JARDIM, A. P. (org.). **Mudança Demográfica no Brasil no Século XXI**: Subsídios para as projeções da população. 3. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. p. 138-151.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. A população brasileira e seus movimentos ao longo do século XX. *In*: CAMARANO, A. A. (org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 81-116.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Planificação da Atenção à Saúde**: Um Instrumento de Gestão e Organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Conass; 2018. 300 p. (Conass documenta v. 31.).

FRENK, J. *et al.* La transición epidemiológica en América Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, [s. l.], v. 111, n. 6, p. 485-296, 1991.

GIRARDI, S. N. *et al.* Escopos de prática na Atenção Primária: médicos e enfermeiros em cinco regiões de saúde do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 17, p. S171-S184, 2017. Suplemento 1. DOI: 10.1590/1806-9304201700s100008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000600008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 maio 2021.

KANSO, S. Compressão da mortalidade no Brasil. *In*: CAMARANO, A. A. (org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 155-175.

LUNA, E. J. A.; SILVA JÚNIOR, J. B. Doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A Saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro – população e perfil sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde, 2012. p. 97-107.

MARCHILDON, G.P. Regionalization: what have we learned. **Health Papers**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 8-15, 2016. DOI: 10.12927/hcpap.2016.24766. Disponível em: <https://www.longwoods.com/content/24766/healthcarepapers/regionalization-what-have-we-learned->. Acesso em: 19 maio 2021.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank memorial fund quarterly**, [s. l.], v. 49, n. 4, p. 509-538, 1971.

REDE INTERGERENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Fichas de qualificação da RIPSA**. Razão de dependência – A.16 – 2012. DATASUS. Brasília: Departamento de Informática do SUS. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2012/a-16/>. Acesso em: 25 mar. 2021.

SERVO, L. M. S. Perfil epidemiológico da população brasileira e o espaço das políticas públicas. *In*: CAMARANO, A. A. (org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 491-509.

n. 39

*Contribuições para a
Avaliação da Efetividade
da Planificação da
Atenção à Saúde*

EVOLUÇÃO
DA COVID-19
NAS REGIÕES
E ESTADOS
SELECIONADOS
PARA A PESQUISA
EFETIVAPAS

EVOLUÇÃO DA COVID-19 NAS REGIÕES E ESTADOS SELECIONADOS PARA A PESQUISA EFETIVAPAS

6

Ana Luiza d'Ávila Viana; Eronildo Felisberto

INTRODUÇÃO

Governos e sociedades de diversas regiões do mundo estão enfrentando um dos maiores desafios sanitários, sociais e econômicos da história recente, que afeta desigualmente populações e territórios mais vulneráveis. Em função disso, pode-se verificar a configuração de uma crise humanitária, cujos impactos e resultados dependerão, entre outros fatores, do conjunto de políticas públicas formuladas e implementadas pelos diferentes governos e sua capacidade de compensar as desigualdades que tendem a se aprofundar.

O caso brasileiro não foge à regra geral, mas, ao contrário da maioria dos países, apresenta um modelo universal de proteção social, instituído na Constituição Federal de 1988. Todavia, a implementação desse modelo nos últimos 30 anos expressa contradições entre agendas conflitantes – a agenda de universalização de direitos, e a econômica e de reforma do Estado de inspiração liberal. Além disso, a Carta Magna inaugura um pacto social abrangente, favorável à expansão dos direitos e gastos sociais, mantido em uma estrutura tributária regressiva, dificultando um maior protagonismo da saúde e da educação públicas universais entre as políticas sociais.

Os problemas identificados, resultados dessas agendas conflitantes, revelam a existência de grandes vazios assistenciais, fruto da desigualdade da oferta de ações e serviços de saúde, em especial em áreas remotas e/ou com baixo desenvolvimento socioeconômico, a fragmentação do sistema de saúde, a frágil regulação de acesso, a dificuldade da APS se configurar como coordenadora do cuidado, a irregular distribuição dos profissionais de saúde e o financiamento insuficiente.

A organização do SUS é complexa e, ao longo do tempo, experimentou diferentes ciclos políticos orientados pela descentralização e regionalização, com diferentes formas de intervenção, no âmbito da promoção, da prevenção e da assistência (incluindo atenção primária e atenção especializada com procedimentos de média e alta complexidade). Sua última fase, constituída pela criação das regiões de saúde e redes de atenção, avançou na construção de um planejamento com visão mais sistêmica, tendo como base os municípios-polo e as estruturas regionais das Secretarias Estaduais de Saúde.

As 438 regiões de saúde no Brasil se distribuem por todo o território nacional, e seu desenho foi formulado pelos estados da federação por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR), de forma a incluir um rol de ações que permita que o cidadão – que vive nessas regiões – possa ter uma assistência integral. Regiões de saúde são espaços contíguos, raras vezes abarcando mais de um estado da federação, e com alta correspondência com as regiões imediatas de articulação urbana do IBGE.

A estratégia – regionalização e constituição das redes – foi desenhada de modo a nortear e a auxiliar o processo de construção do sistema de saúde, visando à superação da fragmentação da atenção e ao provimento integral de serviços e ações de saúde. Destaca-se a conformação de RAS (rede cegonha para assistência materno-infantil, rede de urgência e emergência, rede das DCNT, para deficientes e de saúde mental) definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). A adoção dessa diretriz organizacional almeja, assim, diminuir a fragmentação histórica do sistema, evitar a concorrência entre os pontos de atenção, promover o uso adequado dos recursos e o cuidado horizontal.

As redes, no espaço regional, são formas concretas de integrar serviços, definir linhas de cuidado e estabelecer protocolos, por meio do compartilhamento – pelas diferentes populações dos municípios integrantes da região de saúde –, de estruturas e recursos com distintos graus de densidade tecnológica, como dos leitos existentes no território regional, dos materiais e insumos, das tecnologias e mesmo de profissionais, com destaque para os profissionais médicos que circulem regionalmente. A garantia do acesso uni-

versal e da integralidade da atenção demanda uma organização sistêmica, efetivada mediante a celebração de pactos federativos pautados na cooperação e na solidariedade.

A instância de governança regional – CIR – assume papel de destaque na coordenação desse processo de construção das redes e organização das regiões e reúne gestores e técnicos das esferas estadual e municipal e, em momentos específicos, pode contar com a presença de prestadores. Conforma-se como um espaço de coordenação e negociação intergovernamental, com a finalidade de estabelecer prioridades de ação, definir necessidades de contratualização de serviços, escopo da regulação, definir e acompanhar a execução da Programação Pactuada Integrada (PPI), fomentando, assim, um planejamento regional mais sistêmico e efetivo. Mais recentemente, a CIT propôs a composição de macrorregiões de saúde, em que a RAS seria definida a partir das regiões de saúde; e para garantir a resolubilidade da atenção, deveria ser organizada em um espaço regional ampliado, garantindo o planejamento regional mais sistêmico e efetivo.

Os elementos do planejamento regional devem levar em conta os dois sistemas pilares – o da vigilância em saúde e o de serviços de assistência à saúde –, de forma a melhor equacionar a disponibilidade de serviços segundo necessidades, tendo como instrumentos a regulação de leitos e de procedimentos e apoio diagnóstico, a definição de porta de entrada e a contratualização de serviços, determinando os equipamentos de referência regionais (ambulatórios de especialidade, hospitais, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT).

A pandemia da covid-19 evidencia e reforça expressivos impasses para o sistema de saúde brasileiro, a maioria de natureza estrutural que ganha contornos mais graves ante o tamanho da crise política e sanitária vigente. Destacam-se alguns importantes pontos de enfrentamento: 1) reconhecimento das especificidades e das desigualdades regionais; 2) fomento de processos ampliados de planejamento regional; 3) reforço à coordenação e cooperação federativa; 4) construção e/ou incremento de um sistema de informação em saúde, com coordenação regional dos serviços dos setores público e privado, que, para além da regulação, possa diminuir o enorme gargalo da subnotificação; 5) articulação federal para a construção de estratégias integradas de enfrentamento da pandemia, inclusive com apoio de recur-

tos financeiros, infraestruturais e tecnológicos; 6) definição de estratégias de vinculação mais protegidas e garantia de condições de trabalho seguras para todos os profissionais de saúde; 7) estratégias de combate à notícias falsas, que podem impelir a população a comportamentos desfavoráveis ao controle da pandemia.

REPERCUSSÕES DA PANDEMIA

Algumas das repercussões já evidenciadas pela pandemia mostram que as estatísticas de produção assistencial do SUS apresentam elevada redução das internações no período da pandemia da covid-19 em relação aos mesmos meses de 2019. Dadas as características da história natural da doença e a confusão instalada na condução do SUS, perdurou, nos primeiros meses da pandemia, a ideia de que as pessoas não devem sair de casa nem mesmo em busca da assistência à saúde, exceto em situações de maior gravidade. Diante disso, mesmo nessas situações, muitos pacientes deixaram de ir aos serviços de saúde com receio de serem infectadas pelo vírus SARS-CoV-2 (Tabelas 1 a 6).

UBS, ambulatórios de especialidades, centros cirúrgicos e enfermarias hospitalares deixaram de funcionar ou reduziram expressivamente as suas atividades habituais; profissionais originalmente da APS foram transferidos para enfermarias e para Unidades de Terapia Intensiva, considerada a prioridade de provimento de recursos terapêuticos, em detrimento das demais atividades assistenciais. Pacientes com doenças graves resistiram a buscar assistência médica, com receio da contaminação por covid-19.

Em decorrência disso, houve redução substancial das atividades assistenciais em grande parte do País, notadamente na atenção básica e na AAE. Pessoas com doenças e condições crônicas demandantes de cuidados permanentes deixaram de ser atendidas e cuidadas, com previsível repercussão negativa sobre sua saúde. É de se esperar, portanto, agravamento do estado de saúde e, talvez, aumento da mortalidade específica por tais condições.

TABELA 1. Internações SUS no Brasil, no período de janeiro de 2019 a fevereiro de 2021

MÊS	ANO			VARIÇÃO (2019/2020)	VARIÇÃO (2020/2021)
	2019	2020	2021		
Janeiro	993.855	1.007.648	695.073	1,39%	-31,02%
Fevereiro	938.907	945.299	394.385	0,68%	-58,28%
Março	1.010.523	924.253	—	-8,54%	—
Abril	1.044.759	716.029	—	-31,46%	—
Mai	1.089.587	779.604	—	-28,45%	—
Junho	1.000.733	803.010	—	-19,76%	—
Julho	1.052.412	859.593	—	-18,32%	—
Agosto	1.042.030	868.873	—	-16,62%	—
Setembro	1.023.631	888.236	—	-13,23%	—
Outubro	1.059.422	918.225	—	-13,33%	—
Novembro	986.337	887.653	—	-10,01%	—
Dezembro	943.243	795.414	—	-15,67%	—

FONTE: DATASUS, EXTRAÍDO EM 10 DE MAIO DE 2021.

TABELA 2. Consulta médica em Atenção Primária SUS no Brasil, no período de janeiro de 2019 a fevereiro de 2021

MÊS	ANO			VARIÇÃO (2019/2020)	VARIÇÃO (2020/2021)
	2019	2020	2021		
Janeiro	6.313.151	5.513.418	4.920.658	-12,67%	-10,75%
Fevereiro	6.610.678	5.329.638	4.073.114	-19,38%	-23,58%
Março	7.497.921	5.044.805	4.004.661	-32,72%	-20,62%
Abril	6.725.080	2.848.610	—	-57,64%	—
Mai	6.692.734	3.314.929	—	-50,47%	—
Junho	6.925.367	4.782.429	—	-30,94%	—
Julho	6.379.157	4.442.860	—	-30,35%	—
Agosto	6.564.497	4.118.581	—	-37,26%	—

MÊS	ANO			VARIÇÃO (2019/2020)	VARIÇÃO (2020/2021)
	2019	2020	2021		
Setembro	5.959.489	4.628.459	–	-22,33%	–
Outubro	6.408.072	4.552.304	–	-28,96%	–
Novembro	176.589	5.278.323	–	-26,45%	–
Dezembro	4.756.655	4.283.445	–	-9,95%	–

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE – SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS (SIA/SUS).

n. 39
 Contribuições para a
 Avaliação da Efetividade
 da Planificação da
 Atenção à Saúde

TABELA 3. **Consulta médica em Atenção Especializada SUS no Brasil, no período de janeiro de 2019 a fevereiro de 2021**

MÊS	ANO			VARIÇÃO (2019/2020)	VARIÇÃO (2020/2021)
	2019	2020	2021		
Janeiro	7.528.783	7.989.409	5.868.669	6,12%	-26,54%
Fevereiro	8.531.556	7.904.317	6.265.791	-7,35%	-20,73%
Março	8.014.700	6.917.271	6.160.999	-13,69%	-10,93%
Abril	9.170.998	3.532.671	–	-61,48%	–
Maiο	9.266.729	3.896.595	–	-57,95%	–
Junho	8.310.308	4.399.876	–	-47,06%	–
Julho	8.708.053	5.110.105	–	-41,32%	–
Agosto	9.170.470	5.814.966	–	-36,59%	–
Setembro	9.310.296	6.341.281	–	-31,89%	–
Outubro	9.241.495	7.057.724	–	-23,63%	–
Novembro	8.832.497	8.393.770	–	-4,97%	–
Dezembro	8.196.370	9.044.091	–	10,34%	–

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE – SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS (SIA/SUS).

TABELA 4. Procedimentos com finalidade diagnóstica SUS no Brasil, no período de janeiro de 2019 a fevereiro de 2021

MÊS	ANO			VARIÇÃO (2019/2020)	VARIÇÃO (2020/2021)
	2019	2020	2021		
Janeiro	75.090.460	80.229.407	71.115.156	6,84%	-11,36%
Fevereiro	79.676.068	79.426.658	71.807.894	-0,31%	-9,59%
Março	78.492.974	69.330.641	71.050.036	-11,67%	2,48%
Abril	84.894.731	41.964.821	—	-50,57%	—
Maiο	85.780.450	43.193.088	—	-49,65%	—
Junho	80.128.199	51.168.879	—	-36,14%	—
Julho	83.279.977	59.590.516	—	-28,45%	—
Agosto	86.091.864	64.910.458	—	-24,60%	—
Setembro	83.557.145	69.298.215	—	-17,06%	—
Outubro	87.198.497	75.442.535	—	-13,48%	—
Novembro	83.167.526	78.943.678	—	-5,08%	—
Dezembro	74.380.067	71.560.627	—	-3,79%	—

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE – SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS (SIA/SUS).

TABELA 5. Consultas, Atendimentos e Acompanhamentos totais do SUS no Brasil, no período de janeiro de 2019 a fevereiro de 2021

MÊS	ANO			VARIÇÃO (2019/2020)	VARIÇÃO (2020/2021)
	2019	2020	2021		
Janeiro	36.494.480	36.462.271	23.191.288	-0,09%	-36,40%
Fevereiro	38.482.933	33.392.736	22.242.958	-13,23%	-33,39%
Março	39.141.945	34.057.635	21.126.970	-12,99%	-37,97%
Abril	39.388.646	20.279.062	—	-48,52%	—
Maiο	42.544.595	20.428.006	—	-51,98%	—
Junho	38.775.604	23.992.021	—	-38,13%	—
Julho	37.723.850	24.208.733	—	-35,83%	—

MÊS	ANO			VARIAÇÃO (2019/2020)	VARIAÇÃO (2020/2021)
	2019	2020	2021		
Agosto	40.923.551	22.892.593	–	-44,06%	–
Setembro	38.003.035	24.805.942	–	-34,73%	–
Outubro	40.085.568	24.924.094	–	-37,82%	–
Novembro	37.307.542	25.438.491	–	-31,81%	–
Dezembro	31.190.543	22.946.330	–	-26,43%	–

n. 39

*Contribuições para a
Avaliação da Efetividade
da Planificação da
Atenção à Saúde*

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE – SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS (SIA/SUS).

TABELA 6. Tratamentos clínicos (outras especialidades) SUS no Brasil, no período de janeiro de 2019 a fevereiro de 2021

MÊS	ANO			VARIAÇÃO (2019/2020)	VARIAÇÃO (2020/2021)
	2019	2020	2021		
Janeiro	922	821	703	-10,95%	-14,37%
Fevereiro	1.614	887	521	-45,04%	-41,26%
Março	924	807	440	-12,66%	-45,48%
Abril	967	562	–	-41,88%	–
Maiο	906	410	–	-54,75%	–
Junho	854	554	–	-35,13%	–
Julho	980	761	–	-22,35%	–
Agosto	966	624	–	-35,40%	–
Setembro	881	630	–	-28,49%	–
Outubro	879	585	–	-33,45%	–
Novembro	1.115	682	–	-38,83%	–
Dezembro	1.263	761	–	-39,75%	–

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE – SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS (SIA/SUS).

Aspecto essencial nesse contexto é que a atenção primária deve operar como linha de frente na avaliação da saúde dos usuários, com a definição dos critérios e tomada de decisão sobre eventual adiamento do cuidado. Local privilegiado para a atenção às pessoas com problemas de saúde

– dada a proximidade dos serviços ofertados, o conhecimento da realidade local e das condições clínicas e sociais, a possibilidade do contato das famílias e usuários nos seus domicílios sempre que necessário e o acesso ao prontuário de cada pessoa, importante quando não se dispõe de tecnologia digital para isso –, deve ser muito considerada na decisão sobre o que deve ser feito em cada situação particular ou coletiva no espaço territorial sob sua responsabilidade.

Outrossim, a atenção especializada de média e alta complexidades, realizada nos demais pontos de atenção, deve cuidar de manter estrita atenção à saúde dos mais debilitados e mais susceptíveis a apresentarem quadros graves de covid-19, para que se mantenham na melhor condição de saúde possível.

Entretanto, pôde-se observar como exemplo que, na cidade de São Paulo, ocorreu queda da ordem de 56% no número de atendimentos ambulatoriais em abril e maio de 2020 em comparação com igual período do ano de 2019, com maiores reduções nos procedimentos de mais alta complexidade, o que inclui as atividades e assistência especializada e nos procedimentos propedêuticos, o que levou ao deslocamento de pessoal não devidamente treinado, anteriormente atuantes em outras áreas assistenciais.

No que diz respeito à propedêutica, a falta de recursos diagnósticos e de manejo epidemiológico da epidemia mostrou-se extremamente prejudicial: durante várias semanas, não se dispôs de testes de PCR ou de testes sorológicos. Recursos básicos para as atividades assistenciais estiveram indisponíveis: equipamentos de proteção individual, medicamentos, material para a coleta de espécimes biológicos para envio ao laboratório. A quantidade de leitos de terapia intensiva mostrou-se muito crítica. A falta de profissionais capacitados para essa atividade também se mostrou dramática em muitas partes do País. Nem sempre esteve disponível o recurso dos exames de imagem adequados. O acompanhamento de doentes crônicos, como hipertensos e diabéticos, sofreu redução superior à média, assim como o atendimento de idosos, ambos considerados grupos de maior risco.

Por outro lado, mesmo diante de toda a instabilidade na organização do sistema de saúde, com sérias consequências para outras áreas da assistência, as atividades ligadas à gestação e ao parto foram pouco afetadas pela pandemia. Unidades com a ESF mostraram queda menor do que aque-

las do modelo tradicional. Unidades de saúde indígena foram as únicas que tiveram atendimento aumentado durante a pandemia.

Em suma, a covid-19 mudou as cidades e os serviços de saúde. Entretanto, é preciso compreender o papel imprescindível desses serviços, pois os usuários necessitados não podem ser afastados do cuidado ou da orientação. A quantidade de informações contraditórias e desencontradas exige um papel ativo do serviço de saúde que vai além dos diagnósticos e tratamentos. É preciso construir uma narrativa coesa e clara, de fácil entendimento e assimilação, que faça a diferença nos cuidados com a própria higiene e prevenção de transmissão que o distanciamento social impõe fora de casa e que amplia o tempo dentro de casa. A procura e a oferta do serviço parecem ser mediadas pela insegurança dos usuários e dos profissionais de saúde e da gestão, o que reforça ainda mais a importância de dispor de diretrizes muito precisas e específicas.

Dado que o governo federal não exerceu de maneira consistente o papel de coordenação dos esforços nacionais para enfrentar a pandemia, restou essa responsabilidade ao Conass e ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) que emitiram guias para a orientação das autoridades estaduais e municipais de como proceder diante do cenário epidemiológico. Foram dois guias, um editado em maio e outro em agosto de 2020.

EVOLUÇÃO DA PANDEMIA: BRASIL, ESTADOS, REGIÕES E MUNICÍPIOS DA PESQUISA

Este capítulo apresenta os dados sobre a evolução da pandemia com base nas informações dos sites:

- Coronavírus-Brasil do Ministério da Saúde (<https://covid.saude.gov.br>);
- Plataforma Integrada de vigilância em Saúde (IVIS) do Ministério da Saúde (SVS – MS). (<http://plataforma.saude.gov.br>)
- Consórcio de Veículos de Imprensa a Partir de Dados das Secretarias Estaduais de Saúde. (<http://especiais.g1.globo.com/bemestar/coronavirus/estados-brasil-mortes-casos-media-movel/>)

- Secretarias Estaduais de Saúde de Rondônia, Espírito Santo, Goiás, Distrito Federal, Maranhão e Rio Grande do Sul.
- Empresa InLoco (<https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/>)

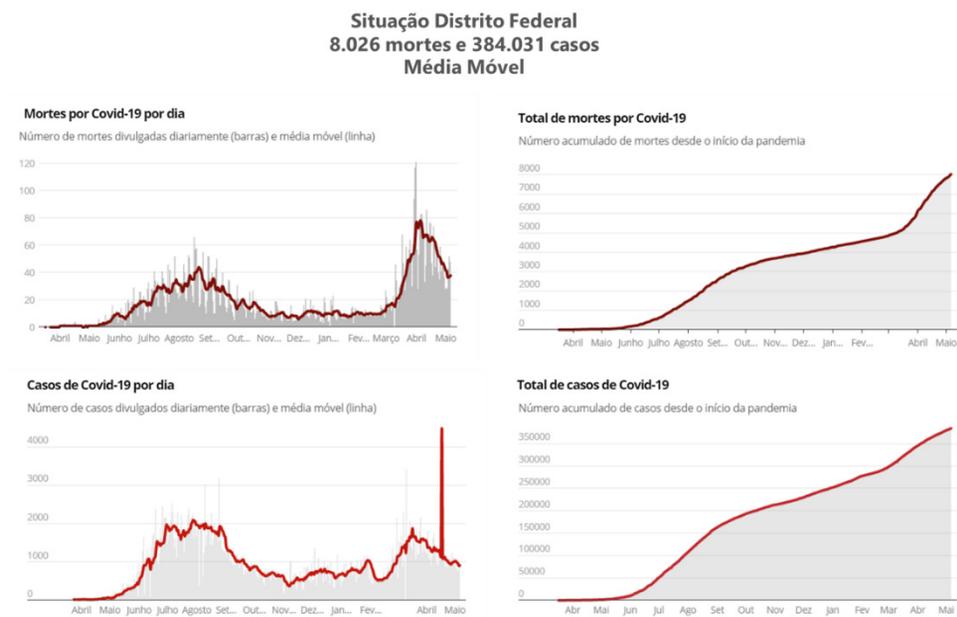
MÉDIA MÓVEL DOS CASOS: SITUAÇÃO DO BRASIL E DOS ESTADOS NO PERÍODO DE ABRIL/2020 A MAIO/2021

FIGURA 1. Média móvel do número de mortes e do número de casos de covid-19 por dia no Brasil, no período de abril a maio de 2021



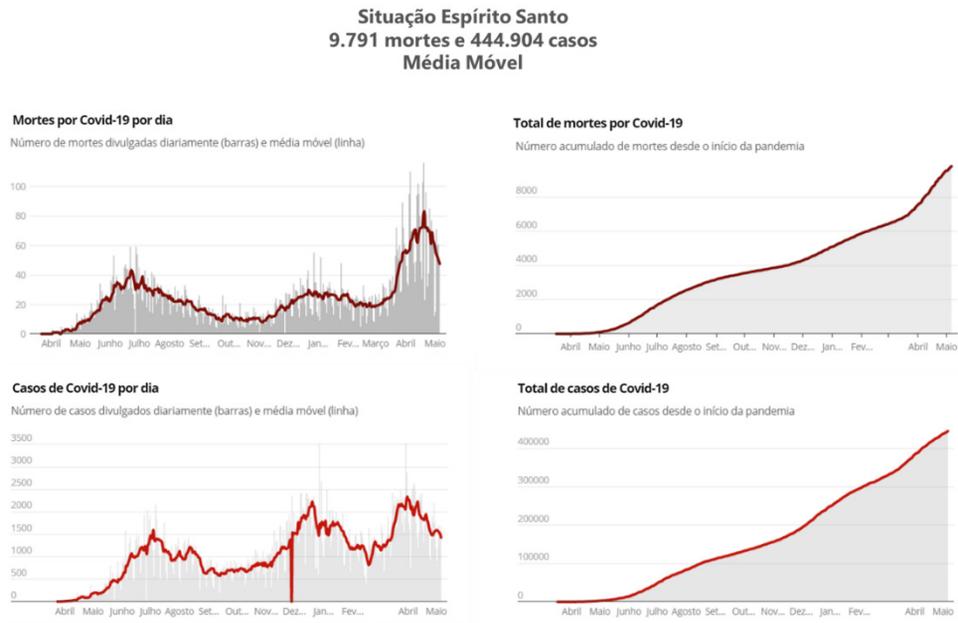
FONTE: CONSÓRCIO DE VEÍCULOS DE IMPRENSA, 2021.

FIGURA 2. Média móvel e número total de mortes e de casos de covid-19 por dia no Distrito Federal, no período de abril a maio de 2021



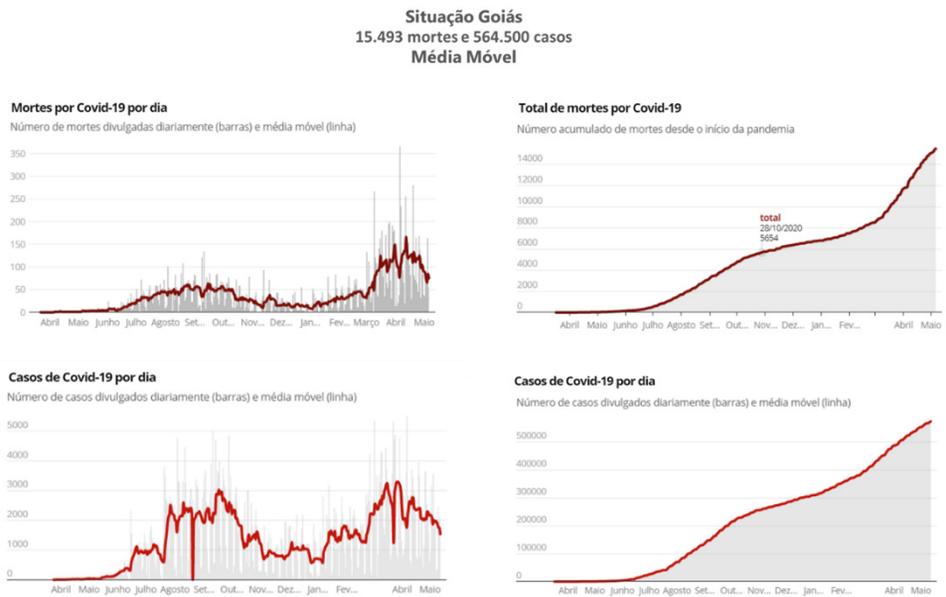
FONTE: CONSÓRCIO DE VEÍCULOS DE IMPRENSA, 2021.

FIGURA 3. Média móvel e número total de mortes e de casos de covid-19 por dia no Espírito Santo, no período de abril a maio de 2021



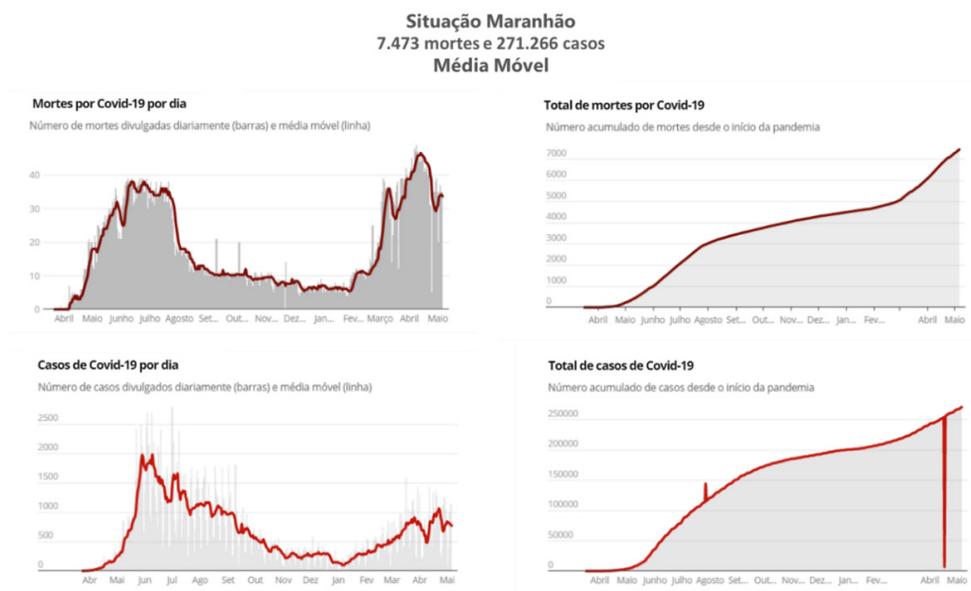
FONTE: CONSÓRCIO DE VEÍCULOS DE IMPRENSA, 2021.

FIGURA 4. Média móvel e número total de mortes e de casos de covid-19 por dia em Goiás, no período de abril a maio de 2021



FONTE: CONSÓRCIO DE VEÍCULOS DE IMPRENSA, 2021.

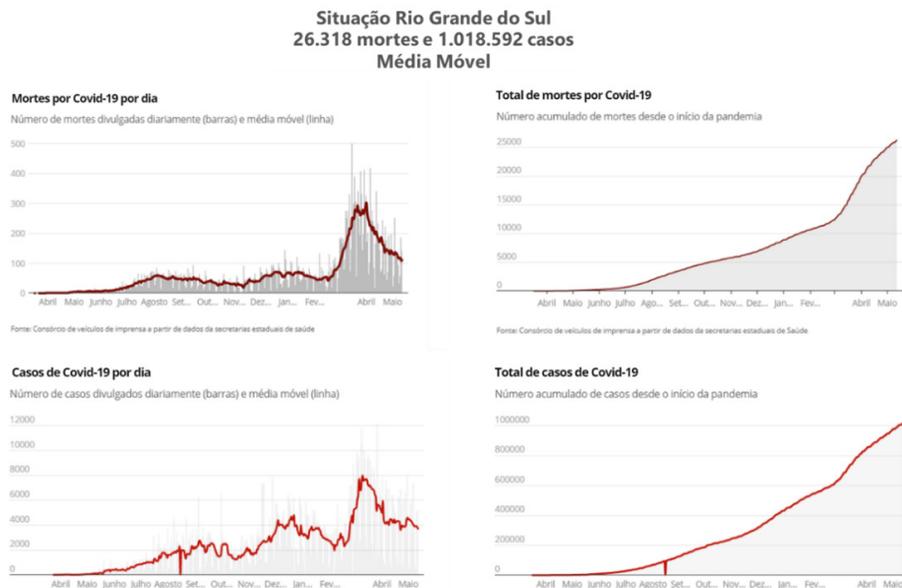
FIGURA 5. Média móvel e número total de mortes e de casos de covid-19 por dia no Maranhão, no período de abril a maio de 2021



FONTE: CONSÓRCIO DE VEÍCULOS DE IMPRENSA, 2021.

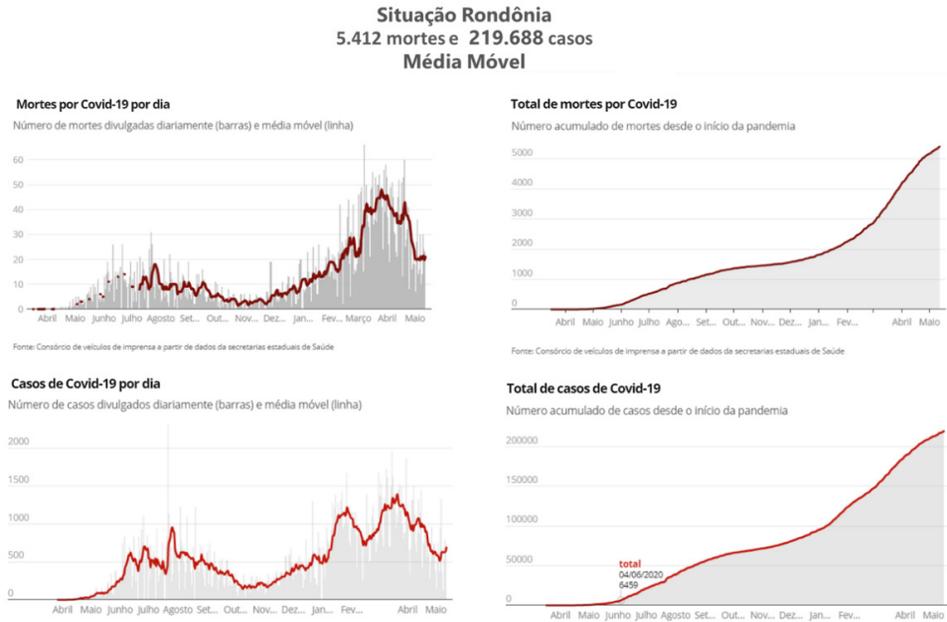
FIGURA 6. Média móvel e número total de mortes e de casos de covid-19 por dia no Rio Grande do Sul, no período de abril a maio de 2021

n. 39
 Contribuições para a
 Avaliação da Efetividade
 da Planificação da
 Atenção à Saúde



FONTE: CONSÓRCIO DE VEÍCULOS DE IMPRENSA, 2021.

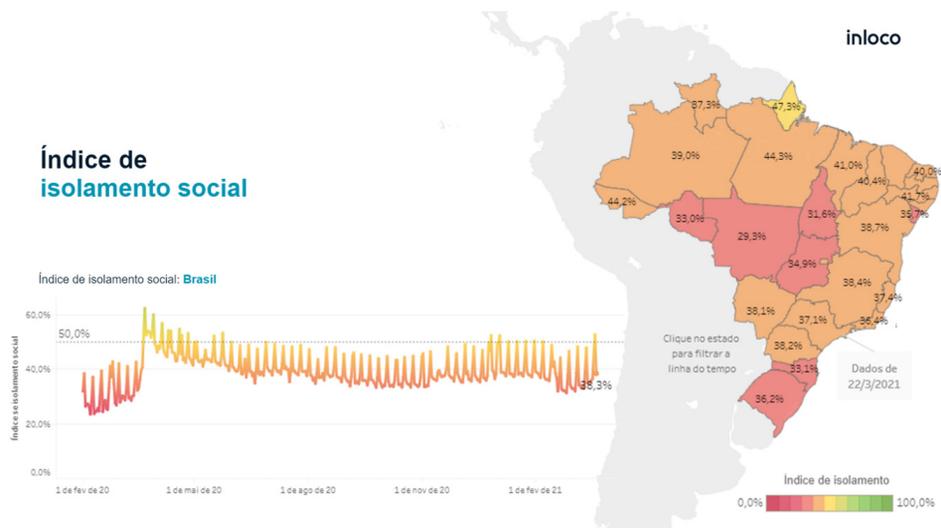
FIGURA 7. Média móvel e número total de mortes e de casos de covid-19 por dia em Rondônia, no período de abril a maio de 2021



FONTE: CONSÓRCIO DE VEÍCULOS DE IMPRENSA, 2021.

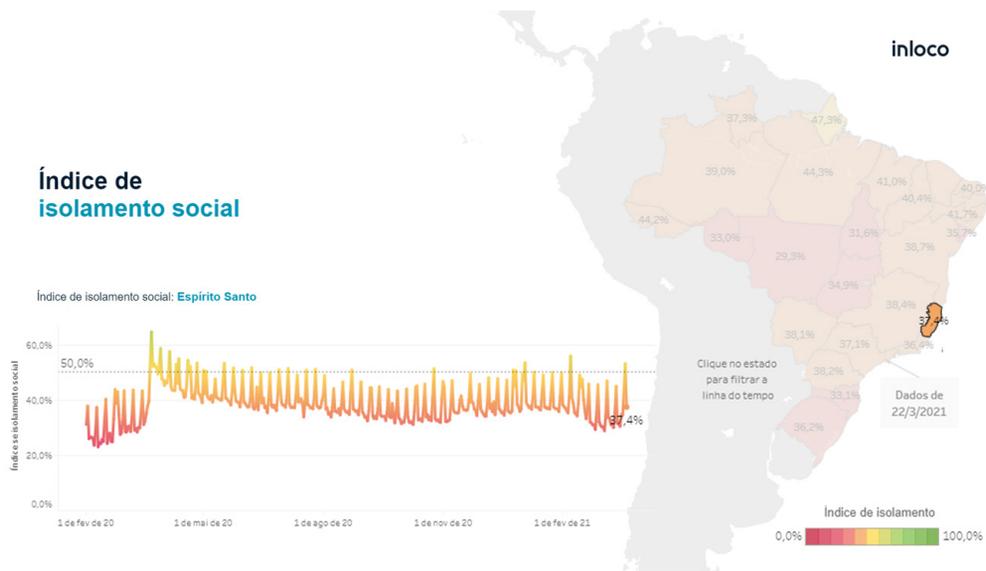
ÍNDICE DE ISOLAMENTO SOCIAL: BRASIL E ESTADOS

FIGURA 8. Índice de isolamento social no Brasil



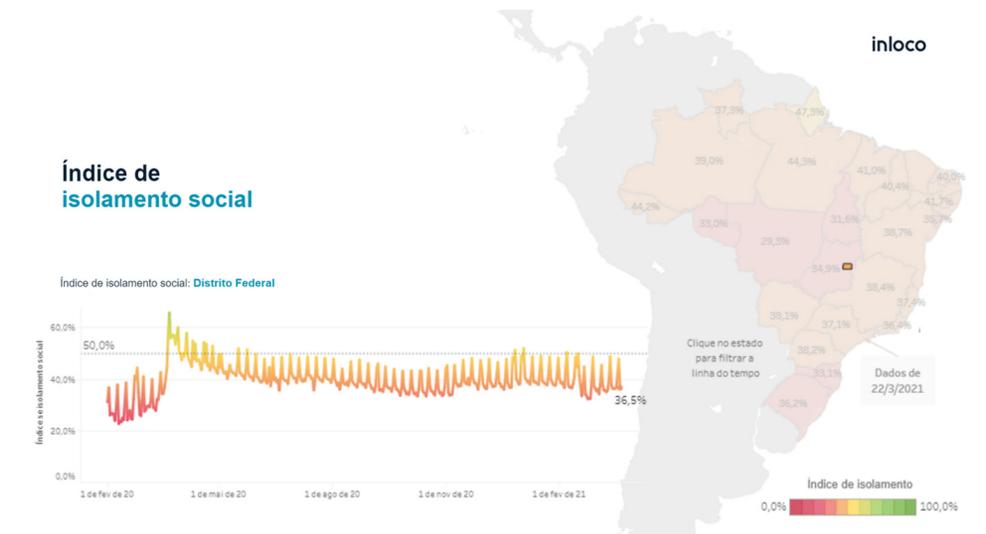
FONTE: INLOCO. MAPA BRASILEIRO DA COVID-19 ([HTTPS://MAPABRASILEIRODACOVID.INLOCO.COM.BR/PT/](https://mapabrasileirodacoVID.inloco.com.br/pt/)).

FIGURA 9. Índice de isolamento social no Espírito Santo



FONTE: INLOCO. MAPA BRASILEIRO DA COVID-19 ([HTTPS://MAPABRASILEIRODACOVID.INLOCO.COM.BR/PT](https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/pt)).

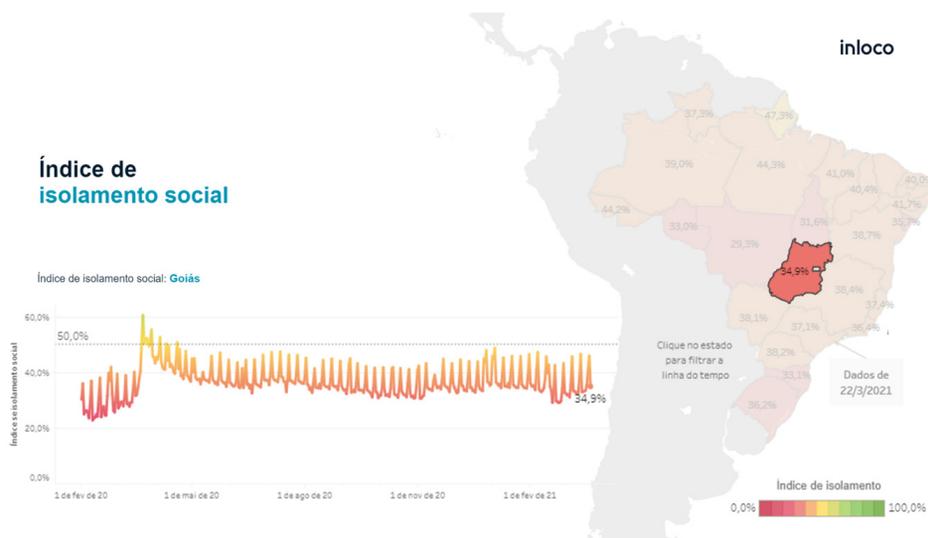
FIGURA 10. Índice de isolamento social no Distrito Federal



FONTE: INLOCO. MAPA BRASILEIRO DA COVID-19 ([HTTPS://MAPABRASILEIRODACOVID.INLOCO.COM.BR/PT](https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/pt)).

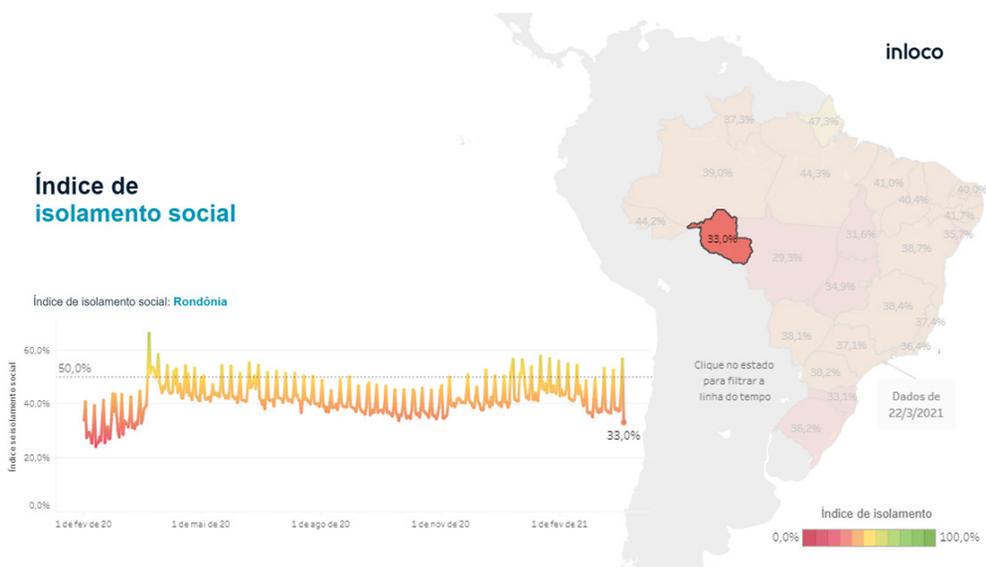
FIGURA 11. Índice de isolamento social em Goiás

n. 39
 Contribuições para a
 Avaliação da Efetividade
 da Planificação da
 Atenção à Saúde



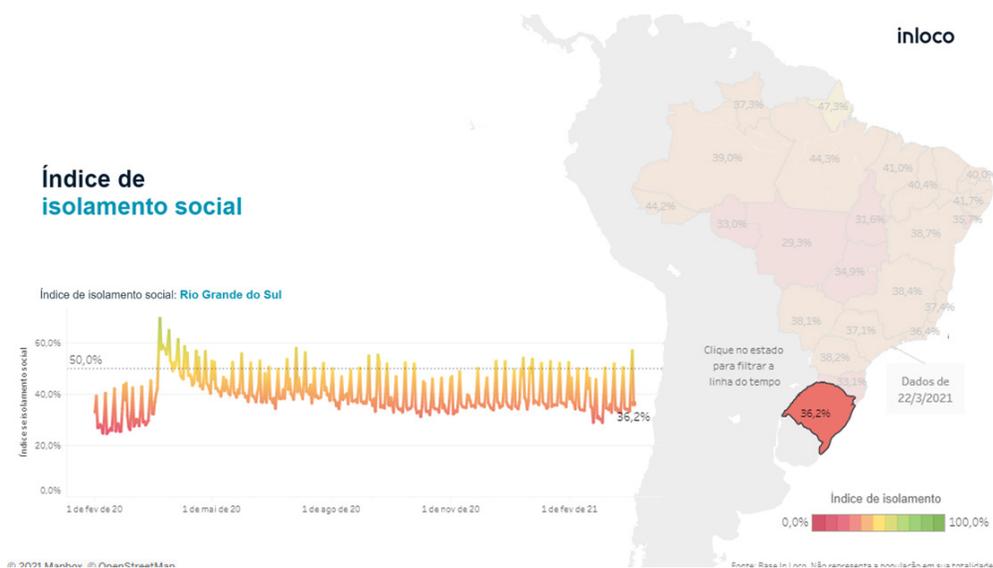
FONTE: INLOCO. MAPA BRASILEIRO DA COVID-19 ([HTTPS://MAPABRASILEIRODACOVID.INLOCO.COM.BR/PT](https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/pt)).

FIGURA 12. Índice de isolamento social em Rondônia



FONTE: INLOCO. MAPA BRASILEIRO DA COVID-19 ([HTTPS://MAPABRASILEIRODACOVID.INLOCO.COM.BR/PT](https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/pt)).

FIGURA 13. Índice de isolamento social no Rio Grande do Sul



FONTE: INLOCO. MAPA BRASILEIRO DA COVID-19 ([HTTPS://MAPABRASILEIRODACOVID.INLOCO.COM.BR/PT](https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/pt)).

NÚMERO DE CASOS, ÓBITOS, INCIDÊNCIA, MORTALIDADE E LETALIDADE

TABELA 7. Número de Casos, Óbitos, Incidência, Mortalidade e Letalidade no Brasil e nos Estados da pesquisa

LOCALIDADE	CASOS CONFIRMADOS ACUMULADOS	CASOS CONFIRMADOS NOVOS	INCIDÊNCIA CASOS CONFIRMADOS	CASOS CONFIRMADOS EM ACOMPANHAMENTO	CASOS RECUPERADOS	ÓBITOS ACUMULADOS	ÓBITOS NOVOS CONFIRMADOS	MORTALIDADE
Brasil	15.519.525	85.536	7.385,08	1.058.542	14.028.355	432.628	2.211	205,87
Rondônia	220.719	294	12.419,31	0	0	5.457,00	23	307,05
Maranhão	278.137	971	3.931,16	0	0	7.674,00	30	108,46

LOCALIDADE	CASOS CONFIRMADOS ACUMULADOS	CASOS CONFIRMADOS NOVOS	INCIDÊNCIA CASOS CONFIRMADOS	CASOS CONFIRMADOS EM ACOMPANHAMENTO	CASOS RECUPERADOS	ÓBITOS ACUMULADOS	ÓBITOS NOVOS CONFIRMADOS	MORTALIDADE
Espírito Santos	456.999	1.871	11.371,95	0	0	10.151,00	44	252,60
Rio Grande do Sul	1.026.998	4.525	9.026,78	0	0	26.550,00	108	233,36
Goiás	577.347	269	8.226,25	0	0	16.027,00	121	228,36
Distrito Federal	390.805	688	12.960,87	0	0	8.275,00	24	274,44

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE – PLATAFORMA IVS. DADOS ATUALIZADOS EM 10/05/2021.

TABELA 8. Número de Casos, Óbitos, Incidência, Mortalidade e Letalidade em Rondônia

MUNICÍPIOS DE RONDÔNIA	CASOS CONFIRMADOS ACUMULADOS	CASOS CONFIRMADOS NOVOS	INCIDÊNCIA CASOS CONFIRMADOS	ÓBITOS ACUMULADOS	ÓBITOS NOVOS CONFIRMADOS	MORTALIDADE	LETALIDADE
Alvorada D'Oeste	890	2	6.175,84	25	1	173,48	2,81
Governador Jorge Teixeira	570	0	7.338,74	16	0	206,00	2,81
Jaru	6.860	12	13.249,64	153	0	295,51	2,23
Ji-Paraná	16.234	43	12.587,52	451	0	349,70	2,78
Mirante da Serra	929	1	8.486,34	10	0	91,35	1,08
Nova União	762	3	10.932,57	13	0	186,51	1,71
Ouro Preto do Oeste	4.234	7	11.749,69	121	1	335,78	2,86
Presidente Medici	2.987	4	15.732,65	63	0	331,82	2,11
São Miguel do Guaporé	2.042	4	8.876,33	45	1	195,61	2,20
Teixeirópolis	488	0	11.327,76	8	0	185,70	1,64
Theobroma	701	0	6.711,99	24	0	229,80	3,42

MUNICÍPIOS DE RONDÔNIA	CASOS CONFIRMADOS ACUMULADOS	CASOS CONFIRMADOS NOVOS	INCIDÊNCIA CASOS CONFIRMADOS	ÓBITOS ACUMULADOS	ÓBITOS NOVOS CONFIRMADOS	MORTALIDADE	LETALIDADE
Urupá	1.133	9	9.880,53	26	0	226,74	2,29
Vale do Anari	1.004	12	8.961,09	0	0	178,51	1,99
Vale do Paraíso	700	6	10.256,41	24	0	351,65	3,43

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE – PLATAFORMA IVS. DADOS ATUALIZADOS EM 10/05/2021.

TABELA 9. **Número de Casos, Óbitos, Incidência, Mortalidade e Letalidade no Maranhão**

MUNICÍPIOS DO MARANHÃO	CASOS CONFIRMADOS ACUMULADOS	CASOS CONFIRMADOS NOVOS	INCIDÊNCIA CASOS CONFIRMADOS	ÓBITOS ACUMULADOS	ÓBITOS NOVOS CONFIRMADOS	MORTALIDADE	LETALIDADE
Afonso Cunha	161	3	2.467,81	2	0	30,66	1,24
Aldeias Altas	975	0	3.674,81	13	0	49,00	1,33
Buriti	751	0	2.618,73	7	0	24,41	0,93
Caxias	9.284	102	5.630,76	190	0	115,24	2,05
Coelho Neto	1.609	0	3.254,78	45	0	91,03	2,80
Duque Bacelar	691	1	6.088,64	10	0	88,11	1,45
São João do Soter	982	2	5.295,80	6	0	32,36	0,61

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE – PLATAFORMA IVS. DADOS ATUALIZADOS EM 10/05/2021.

TABELA 10. Número de Casos, Óbitos, Incidência, Mortalidade e Letalidade no Espírito Santo

MUNICÍPIOS DO ESPÍRITO SANTO	CASOS CONFIRMADOS ACUMULADOS	CASOS CONFIRMADOS NOVOS	INCIDÊNCIA CASOS CONFIRMADOS	ÓBITOS ACUMULADOS	ÓBITOS NOVOS CONFIRMADOS	MORTALIDADE	LETALIDADE
Água Doce do Norte	733	0	6.652,15	34	0	308,56	4,64
Barra de São Francisco	4.382	9	9.814,11	180	0	403,14	4,11
Boa Esperança	1.208	19	8.033,52	35	0	232,76	2,90
Conceição da Barra	1.299	7	4.181,82	44	0	141,65	3,39
Ecoporanga	2.707	14	11.809,10	54	0	235,57	1,99
Jaguareé	3.105	13	10.188,01	42	0	137,81	1,35
Montanha	1.364	14	7.242,61	52	0	276,11	3,81
Mucurici	563	0	10.191,89	8	0	144,82	1,42
Nova Venêcia	4.762	25	9.503,09	108	0	215,53	2,27
Pedro Canário	1.895	8	7.237,24	48	0	183,32	2,53
Pinheiros	2.770	11	10.241,43	69	0	255,11	2,49
Ponto Belo	534	0	6.791,30	13	0	165,33	2,43
São Mateus	10.401	32	7.963,34	217	2	166,14	2,09
Vila Pavão	970	1	10.534,32	16	0	173,76	1,65

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE – PLATAFORMA IVS. DADOS ATUALIZADOS EM 10/05/2021.

TABELA 11. Número de Casos, Óbitos, Incidência, Mortalidade e Letalidade no Rio Grande do Sul

MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL	CASOS CONFIRMADOS ACUMULADOS	CASOS CONFIRMADOS NOVOS	INCIDÊNCIA CASOS CONFIRMADOS	ÓBITOS ACUMULADOS	ÓBITOS NOVOS CONFIRMADOS	MORTALIDADE	LETALIDADE
Agudo	1.206	11	7.326,41	20	0	121,50	1,66
Dilermando de Aguiar	113	0	3.749,17	3	0	99,54	2,65
Dona Francisca	83	0	2.729,37	6	0	197,30	7,23
Faxinal do Soturno	446	1	6.679,65	9	0	134,79	2,02
Formigueiro	381	2	5.717,29	5	0	75,03	1,30
Itaara	395	0	7.183,12	10	0	181,85	2,53
Ivorá	47	0	2.460,73	1	0	52,36	2,13
Júlio de Castilhos	1.528	23	7.919,97	24	0	124,40	1,57
Nova Palma	462	6	7.094,59	9	0	138,21	1,95
Paraíso do Sul	484	10	6.359,22	10	0	131,39	2,07
Pinhal Grande	112	6	2.574,71	3	0	68,97	2,68
Quevedos	117	0	4.196,56	1	0	35,87	0,85
Restinga Seca	911	16	5.769,84	24	0	152,00	2,63
Santa Maria	28.913	130	10.248,37	617	5	218,70	2,13
São João do Polésine	255	3	9.992,16	5	0	195,92	1,96
São Martinho da Serra	39	0	1.205,94	3	0	92,76	7,69
São Pedro do Sul	993	11	6.130,39	24	0	148,17	2,42
São Sepe	1.019	5	4.313,96	35	1	148,17	3,43
Silveira Martins	144	1	6.040,27	8	0	335,57	5,56
Toropi	187	3	6.664,29	6	0	213,83	3,21
Vila Nova do Sul	111	0	2.593,46	8	0	186,92	7,21

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE – PLATAFORMA IVS. DADOS ATUALIZADOS EM 10/05/2021.

TABELA 12. Número de Casos, Óbitos, Incidência, Mortalidade e Letalidade em Goiás

MUNICÍPIOS DE GOIÁS	CASOS CONFIRMADOS ACUMULADOS	CASOS CONFIRMADOS NOVOS	INCIDÊNCIA CASOS CONFIRMADOS	ÓBITOS ACUMULADOS	ÓBITOS NOVOS CONFIRMADOS	MORTALIDADE	LETALIDADE
Águas Lindas de Goiás	6.416	49	3.020,15	248	3	116,74	3,87
Cidade Ocidental	5.090	13	7.131,25	111	1	155,51	2,18
Cristalina	2.550	6	4.322,25	76	0	128,82	2,98
Luziânia	19.675	171	9.445,56	326	6	156,51	1,66
Novo Gama	3.644	4	3.149,23	153	1	132,23	4,20
Santo Antônio do Descoberto	2.397	1	3.206,95	78	0	104,36	3,25
Valparaíso de Goiás	11.373	60	6.750,84	292	4	173,33	2,57

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE – PLATAFORMA IVS. DADOS ATUALIZADOS EM 10/05/2021.

TABELA 13. Número de Casos, Óbitos, Incidência, Mortalidade e Letalidade no Distrito Federal

LOCALIDADE	DISTRITO FEDERAL
Casos Confirmados Acumulados	390.805
Casos Confirmados Novos	688
Incidência de casos confirmados	12.960,87
Casos confirmados em acompanhamento	0
Casos recuperados	0
Óbitos acumulados	8.275
Óbitos novos confirmados	24
Mortalidade	274,44

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE – PLATAFORMA IVS. DADOS ATUALIZADOS EM 10/05/2021.

DISTRIBUIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E LEITOS POR ESTADOS E VALORES REPASSADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

TABELA 14. Distribuição de EPIs por Estado da pesquisa

ESTADOS	ÁLCOOL (LITROS)	AVENTAL (UNIDADE)	LUVA (UNIDADE)	MÁSCARA CIRÚRGICA (UNIDADE)	MÁSCARA N95	ÓCULOS E PROTETOR FACIAL	SAPATILHA E TOUCA
Distrito Federal	8.146	46.538	343.600	4.184.950	636.050	45.840	311.300
Espírito Santo	9.844	55.135	450.200	4.464.600	658.700	51.220	393.300
Goiás	14.409	88.123	722.800	7.234.600	1.029.600	81.340	643.600
Maranhão	15.507	90.222	744.300	8.327.750	1.217.950	95.550	679.400
Rondônia	4.371	25.924	208.900	2.179.050	328.800	25.090	188.800
Rio Grande do Sul	31.981	157.999	1.324.1000	11.539.400	1.689.950	129.200	1.067.600
Total Geral	84.258	463.941	3.793.900	37.930.350	5.561.050	428.240	3.284.000

*DADOS NÃO ATUALIZADOS (MARÇO A SETEMBRO/2020) – OUTROS ITENS: MARÇO 2020 A ABRIL 2021.

FONTE: DATASUS ([HTTPS://OPENDATASUS.SAUDE.GOV.BR/DATASET/DISTRIBUICAO-DE-EQUIPAMENTOS-DE-PROTECAO-INDIVIDUAL-E-INSUMOS-COVID-19/RESOURCE/6B0EE11D-A626-4114-A798-519DCDF2A-AC7#](https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/distribicao-de-equipamentos-de-protecao-individual-e-insumos-covid-19/resource/6b0ee11d-a626-4114-a798-519dcdf2a-ac7#))

TABELA 15. Distribuição de respiradores por Estado da pesquisa

ESTADOS	QUANTIDADE
Distrito Federal	314
Espírito Santo	470
Goiás	1314
Maranhão	407
Rondônia	411
Rio Grande do Sul	1.329
Total Geral	4.245

FONTE: DATASUS ([HTTPS://OPENDATASUS.SAUDE.GOV.BR/DATASET/DISTRIBUICAO-DE-RESPIRADORES/RESOURCE/8574B29F-BC6F-4C0E-AEC1-607D73678B90](https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/distribicao-de-respiradores/resource/8574b29f-bc6f-4c0e-aec1-607d73678b90))

TABELA 16. Situação dos leitos por Estados da pesquisa

ESTADOS	AUTORIZAÇÃO			HABILITAÇÃO			PRORROGAÇÃO		TOTAL GERAL	VALOR TOTAL (R\$)
	UTI ADULTO	UTI PEDIÁTRICO	TOTAL	UTI ADULTO	UTI PEDIÁTRICO	TOTAL	UTI ADULTO	TOTAL		
Distrito Federal	228	10	238	327	10	337	135	135	710	74.244.000,00
Espírito Santo	827	22	849	718	-	718	782	782	2.349	274.288.000,00
Goiás	878	-	878	546	-	546	955	955	2.379	233.232.000,00
Maranhão	481	9	490	390	-	390	48	48	928	106.856.000,00
Rondônia	171	-	171	152	-	152	78	78	401	43.302.000,00
Rio Grande do Sul	1.659	10	1669	1.133	5	1.138	2.370	2.370	5.177	484.908.000,00
Total Geral	4.224	51	4.295	3.266	15	3.281	4.368	4.368	11.944	1.189.810.000,00

FONTE: BRASIL, 2021B ([HTTPS://QSPROD.SAUDE.GOV.BR/EXTENSIONS/LEITOS_C19/LEITOS_C19.HTML](https://qsprd.saude.gov.br/extensions/leitos_c19/leitos_c19.html))

NOTA: PERÍODO – ABRIL/2020 A MAIO/2021.

TABELA 17. Situação dos leitos por Municípios da pesquisa

ESTADOS	MUNICÍPIOS	UTI ADULTO			TOTAL GERAL	VALOR TOTAL (R\$)
		AUTORIZAÇÃO	HABILITAÇÃO	PRORROGAÇÃO		
Distrito Federal	São Mateus	28	50	0	78	9.908.000,00
Espírito Santo	Luziânia	30	10	30	70	6.720.000,00
Goiás	Caxias	34	38	8	78	9.888.000,00
Maranhão	Jaru	10	5	15	80	2.400.000,00
Rondônia	Faxinal do Soturno	10	20	0	30	4.800.000,00
Rio Grande do Sul	Santa Maria	50	40	75	30	17.040.000,00
Total Geral		162	163	128	435	50.656.000,00

FONTE: BRASIL, 2021B ([HTTPS://QSPROD.SAUDE.GOV.BR/EXTENSIONS/LEITOS_C19/LEITOS_C19.HTML](https://qsprd.saude.gov.br/extensions/leitos_c19/leitos_c19.html))

NOTA: PERÍODO – ABRIL/2020 A MAIO/2021.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos, todos os estados da pesquisa, com exceção do Maranhão, estão acima da média Brasil para o indicador de mortalidade por 100 mil (205,87). Também em relação à letalidade, o indicador é superior à média Brasil de 2,8 em vários municípios das regiões estudadas. Há uma grande variabilidade do indicador de letalidade entre os municípios das regiões da pesquisa, o que mereceria um estudo mais aprofundado sobre correlação entre letalidade e a população, para ser possível afirmar que quanto menor o município, maior a probabilidade de aumento da taxa de letalidade, haja vista a baixa oferta de assistência à saúde de média e alta complexidade nesses locais. Por outro lado, houve uma expansão de leitos e equipamentos por estados, o que também pode merecer um estudo sobre a equidade dessa distribuição ante os indicadores demográficos e epidemiológicos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus Brasil** [homepage]. [S. l.], 2021a. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>. Acesso em: 26 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel sobre os Leitos de UTI SRAG/COVID-19**. [S. l.], 2021b. Disponível em: https://qsprod.saude.gov.br/extensions/Leitos_C19/Leitos_C19.html. Acesso em: 26 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 88, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde. **Plataforma Integrada De Vigilância em Saúde (Plataforma IVS)**. [S. l.], 2021c. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br>. Acesso em: 26 maio 2021.

CONSÓRCIO DE VEÍCULOS DE IMPRENSA. Mortes e casos de Coronavírus nos estados. G1, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://especiais.g1.globo.com/bemestar/coronavirus/estados-brasil-mortes-casos-media-movel>. Acesso em: 26 maio 2021.

INLOCO. **Mapa Brasileiro da COVID-19** [homepage]. [S. l.], 2021. Disponibiliza o Índice de Isolamento Social do Brasil e por estado brasileiro. Disponível em: <https://mapabrasileiroda-covid.inloco.com.br>. Acesso em: 26 maio 2021.

Cadernos de Informação Técnica e Memória do CONASS
Conass Documenta

2021 – CONASS DOCUMENTA 38
A Atenção Primária à Saúde no SUS: Avanços e Ameaças

2021 – CONASS DOCUMENTA 37
Pesquisa Multicêntrica Sobre Eventos Adversos Relacionados a Medicamentos

2020 – CONASS DOCUMENTA 36
Estudos sobre a Planificação da Atenção à Saúde no Brasil 2008 a 2019: uma Revisão de Escopo

2020 – CONASS DOCUMENTA 35
As Escolas Estaduais de Saúde Pública: contribuições pedagógicas e político-institucionais para o SUS

2020 – CONASS DOCUMENTA 34
Aprimoramento da Gestão de Segurança do Paciente no Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023

2020 – CONASS DOCUMENTA 33
Guia de Contratação de Serviços e Aquisição de Soluções em Tecnologia da Informação
para a Gestão Estadual do SUS

2019 – CONASS DOCUMENTA 32
Os desafios da Gestão do Trabalho nas Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil

2018 – CONASS DOCUMENTA 31
Planificação da Atenção à Saúde: Um Instrumento de Gestão e Organização da Atenção Primária e da
Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde

2018 – CONASS DOCUMENTA 30
O Direito Sanitário como instrumento de fortalecimento do SUS:
ênfase na Educação Permanente em Saúde

2015 – CONASS DOCUMENTA 29
2º Levantamento da Organização, Estrutura e
Ações da Área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde

2015 – CONASS DOCUMENTA 28
Rede de Atenção às Urgências e Emergências:
Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

2013 – CONASS DOCUMENTA 27
Seminário Internacional
Atenção Primária à Saúde: Acesso Universal e Proteção Social

2013 – CONASS DOCUMENTA 26
A Lei n.141/2012 e os Fundos de Saúde

2012 – CONASS DOCUMENTA 25
1ª Mostra Nacional de Experiências: o Estado e as Redes de Atenção à Saúde

2012 – CONASS DOCUMENTA 24
Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

2011 – CONASS DOCUMENTA 23
Planificação da Atenção Primária à Saúde – APS

2011 – CONASS DOCUMENTA 22
Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde – Agap

2010 – CONASS DOCUMENTA 21
As Oficinas para a Organização das Redes de Atenção à Saúde

2010 – CONASS DOCUMENTA 20
O Desafio do Acesso a Medicamentos nos Sistemas Públicos de Saúde

2009 – CONASS DOCUMENTA 19
O Sistema Único de Saúde e a Qualificação do Acesso

2009 – CONASS DOCUMENTA 18
As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e Perspectivas

2009 – CONASS DOCUMENTA 17
Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminário Nacional:
Propostas, Estratégias e Parcerias por Áreas de Atuação

2008 – CONASS DOCUMENTA 16
Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminários Regionais

2007 – CONASS DOCUMENTA 15
Violência: Uma Epidemia Silenciosa

2007 – CONASS DOCUMENTA 14
Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde

2007 – CONASS DOCUMENTA 13
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2006/2007

2006 – CONASS DOCUMENTA 12
Fórum Saúde e Democracia: Uma Visão de Futuro para Brasil

2006 – CONASS DOCUMENTA 11
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2005/2006

2005 – CONASS DOCUMENTA 10
I Encontro do CONASS para Troca de Experiências

2005 – CONASS DOCUMENTA 9
I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e
Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde

2005 – CONASS DOCUMENTA 8
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2003/2005

2004 – CONASS DOCUMENTA 7
Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária

2004 – CONASS DOCUMENTA 6
Convergências e Divergências sobre a Gestão e Regionalização do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 5
Assistência Farmacêutica: Medicamentos de
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 4
Recursos Humanos: Um Desafio do Tamanho do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 3
Para Entender a Gestão do Programa de Medicamentos de
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 2
Atenção Primária – Seminário do CONASS para Construção de Consensos

2004 – CONASS DOCUMENTA 1
Estruturação da Área de Recursos Humanos nas
Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e do Distrito Federal

A ideia, ao se reformular o projeto gráfico do *CONASS Documenta*, está diretamente associada à assinatura da publicação – Cadernos de informação técnica e memória do CONASS – que além de não possuir uma periodicidade definida, aborda uma diversidade de conteúdos. A representação da etiqueta e da pasta plástica adotada na capa busca reafirmar o propósito de organizar, armazenar e distribuir o vasto conteúdo que o Programa Progestores se propõe a levar às Equipes Gestoras Estaduais do SUS e a pesquisadores de Saúde Pública por meio do *CONASS Documenta*.

Ao abrir a capa e adentrar a publicação, a marca *CONASS Documenta* dá espaço ao conteúdo, delegando às linhas e à cor a missão de manter a relação entre capa e miolo. As linhas utilizadas no miolo remetem às pautas de fichas e formulários, normalmente armazenados em pastas etiquetadas, mas o faz de forma sutil, buscando não interferir no fluxo de leitura.

O projeto gráfico do miolo é composto com as famílias tipográficas ITC Franklin Gothic Std e Charter BT, possui margens externas generosas a fim de oferecer conforto no manuseio do livro durante a leitura. O título corrente nas páginas pares possibilita a rápida identificação do exemplar quando fotocópias de parte do livro são utilizadas. Nas páginas ímpares, o logotipo *CONASS Documenta* complementa esta identificação. A numeração da página corrente em corpo destacado facilita a busca, e aplicada a cor predominante do volume, com contraste um pouco menor, diferencia-se nitidamente do corpo de texto corrido. O papel é o Alta Alvura, que possibilita um melhor contraste e fidelidade de cor.
