

Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Sociais
Departamento de Antropologia
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social

A integralidade como aposta:
etnografia de uma política pública
no Ministério da Saúde

Maria Soledad Maroca de Castro

A integralidade como aposta: etnografia de uma política pública no Ministério da Saúde

Tese de doutorado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Antropologia Social da
Universidade de Brasília para
obtenção do título de Doutor em
Antropologia.

Orientadora:
Profa. Dra. Antonádia Monteiro Borges
Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília

Brasília 2013.

RESUMO

A presente tese parte da seguinte pergunta: o que é uma política pública de saúde? Para respondê-la, o trabalho volta-se para as atividades internas ao Ministério da Saúde e apresenta uma etnografia do processo de elaboração de uma política específica – a Rede Cegonha. A formulação da política é apresentada pela descrição de quatro reuniões. Cada reunião corresponde a um momento fundamental de concepção da política pública de saúde: a exposição das diretrizes e dos objetivos; a escolha das *ações*; a estimativa do financiamento; e as definições para a operacionalização da política. Ao contextualizar as discussões e questões que envolvem cada fase uma das fases de elaboração da política, o trabalho se vale das reuniões descritas como portas de entradas para explorar e acessar os valores, as categorias, os objetos, as pessoas e os agentes que constituem o universo da saúde pública no Brasil.

Palavras-chave: políticas públicas, saúde pública, Sistema Único de Saúde, Rede Cegonha.

ABSTRACT

This thesis stems from the following question: what is a health policy? In order to answer it, the research turns to the internal activities of the Ministry of Health so as to present an ethnography of the formulation of a specific policy - the "Rede Cegonha". The formulation process is presented by means of the description of four meetings. Each meeting corresponds to a critical moment in the definition of that health policy, namely: the presentation of the policy guidelines and goals; the choice of the policy actions; the estimation of the financial requirements; and, the definitions regarding the policy operationalization. In order to place into context the issues raised during each critical moment, the thesis conceives the meetings as the gateway to explore the values, categories, objects, people and agents that constitutes the universe of the health policy in Brazil.

Key words: anthropology of public policies, public health, Brazilian Unified National Health System.

AGRADECIMENTOS

Aos funcionários do Departamento de Antropologia, pela prontidão com que me ajudaram a passar pelos trâmites necessários à escrita e à defesa deste tese.

Aos professores do Departamento, que por terem participado da minha formação, contribuíram de forma indelével para o resultado deste trabalho.

Aos profissionais e dirigentes com quem convivi no Ministério da Saúde, pela paciência com que me apresentaram o Ministério e o Sistema Único de Saúde. A eles agradeço pela convivência, pelas trocas e pelo aprendizado que tornaram possíveis esta tese.

À Ana Lúcia, à Roberta e à Celeste, porque conviver com elas no ambiente de trabalho foi inspiração para a vida profissional, mas, sobretudo, para a vida pessoal. “Quando crescer” quero ser igual a elas.

À Luna, conhecida de há muito tempo que, ao tornar-se colega de trabalho, virou amiga. A ela agradeço todos os momentos em que, sem sucesso, tentamos não conversar sobre o Ministério. Eles contribuíram muito para a tese.

Aos amigos conquistados neste novo país de moradia, pelos muitos momentos que a partir de agora poderão ser compartilhados e vividos. Em especial à Marina e à Larissa, amigas novas que me ofereceram ouvidos e ombros nos momentos mais difíceis de escrita desta tese.

Aos amigos que ficaram no Brasil, e também àqueles que se espalharam pelo mundo, porque a consciência de suas existências torna a vida muito mais leve – e também a escrita da tese.

À Antonádia, minha orientadora. A ela agradeço sua generosidade intelectual, e sua generosidade como pessoa. Agradeço, acima de tudo, pelo apoio, pelo incentivo, e pela confiança que depositou em mim em momentos determinantes para a escrita desta tese.

Aos meus pais e aos meus irmãos, porque sem o amor incondicional que vem deles esta tese não teria sido possível.

Ao Vicente, por ser meu porto seguro, por caminhar junto e por compartilhar comigo as agruras e as alegrias da escrita da tese.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1. A publicação da portaria e a instituição da política.....	8
2. Uma perspectiva antropológica sobre as políticas públicas.....	11
3. A abordagem etnográfica de uma política de saúde.....	18
4. A teoria do campo e o campo como teoria.	23
CAPÍTULO 1 - OS PRINCÍPIOS, AS DIRETRIZES E OS OBJETIVOS DA REDE CEGONHA.....	34
1. Um diagnóstico: fragmentação e integração do Sistema Único de Saúde....	42
2. Os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde.....	46
3. Os problemas enfrentados ela saúde materno-infantil.....	58
4. As Redes Integrais de Atenção à Saúde.....	64
5. As diretrizes e os objetivos da Rede Cegonha.....	70
CAPÍTULO 2 – AS AÇÕES DA REDE CEGONHA.....	75
1. A estrutura organizacional do Ministério da Saúde.....	76
2. A linha de cuidado materno-infantil.....	114
3. A Rede Cegonha em debate.....	136
4. A política como aposta.....	147
5. O fechamento da reunião.....	157
CAPÍTULO 3 – A QUANTIFICAÇÃO DA POLÍTICA: ESTIMANDO UM ORÇAMENTO.....	150
1. A Rede Cegonha volta do Palácio do Planalto.....	162
2. O financiamento da Rede Cegonha.....	169
3. Necessidades de saúde e oferta de serviços.....	190
4. O financiamento da Rede Cegonha – continuação.....	197

5. A concretude da política.....	212
CAPÍTULO 4 – A OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE CEGONHA.....	216
1. A apresentação volta do Palácio do Planalto e da CIT.....	217
2. A descentralização como princípio do Sistema Único de Saúde.....	224
3. A operacionalização da Rede Cegonha.....	360
4. A política como tradução e como produção de eficácia.....	284
ALGUMAS REFLEXÕES CONCLUSIVAS.....	292
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	301
LISTA DE SIGLAS.....	319
ANEXO – PORTARIA GM/MS Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011 – Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha.....	322

INTRODUÇÃO

1. A PUBLICAÇÃO DA PORTARIA E A INSTITUIÇÃO DA POLÍTICA

No dia 24 de junho de 2011 foi publicada no Diário Oficial da União a Portaria GM Nº 1.459, que institui a *Rede Cegonha* no âmbito do Sistema Único de Saúde¹. A publicação de uma portaria do Ministério da Saúde é *ato performativo feliz*² que institui uma política pública de saúde. Com a publicação, a política de que trata a Portaria passa a existir e, a partir de então, pode desencadear ações do Estado a fim de transformá-la em intervenções sobre a realidade. Sem a publicação, a política não existe e não está apta a produzir efeitos. Dois pressupostos constitucionais fundamentam essa constatação.

O artigo 37 da Constituição Federal de 1988 estabelece que a Administração Pública deve obedecer os princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade e da publicidade. O princípio da legalidade estabelece os limites da atuação administrativa do Estado, isto é, ele delimita aquilo que o Estado pode e aquilo que o Estado não pode fazer. É comum explicá-lo a partir da comparação entre os direitos público e privado: enquanto na atividade particular tudo o que não está proibido está permitido; na Administração Pública, tudo o que não está permitido é proibido. O princípio da legalidade estabelece, portanto, que toda ação do Estado deve estar fundamentada em um ato normativo pré-estabelecido e reconhecido, isto é, o Estado só pode agir caso sua ação seja prevista e reconhecida em lei (ou em outro ato normativo, como na Portaria, por exemplo). Desse modo, a publicação da Portaria torna legal a atuação do Ministério da Saúde para a consecução da política pública que a Portaria prevê.

¹ A Portaria da Rede Cegonha encontra-se anexada a este trabalho.

² Atos performativos são atos locucionários que, proferidos, não apenas descrevem ou enunciam algo, mas também realizam ações.. (Austin, 1990; Mariza, 2001)

Em conformidade a outro princípio constitucional, a publicidade, e ressalvados os casos previstos de sigilo, todos os atos administrativos, isto é, tudo aquilo que a Administração Pública faz e/ou decide deve ser tornado público. O Diário Oficial da União (D.O.U) é o meio de comunicação por meio do qual os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário Federais comunicam e tornam públicos seus atos e suas decisões. No Brasil, para que o Estado possa agir por intermédio dos órgãos que compõem a Administração Pública, não basta a criação de um ato normativo que torne a ação prevista, como estabelecido pelo princípio da legalidade; além de criá-lo, é preciso também comunicá-lo e torná-lo público³.

Sendo assim, e em conformidade com os princípios da legalidade e da publicidade previstos pelo artigo 37 da Constituição Federal, a publicação da Portaria Nº 1.459 confere existência à política pública de saúde que ganhou o nome de *Rede Cegonha*. Mais que formalizar a existência da política, a publicação da Portaria é o ato que a torna legal, permitindo, a partir de então, as ações do Ministério da Saúde para implementá-la, antes impedidas pelo princípio da *legalidade*. Com a publicação, e somente após ela, serão iniciados os processos formais para *tirar a política do papel* e para transformá-la em realidade, isto é, em intervenção de fato sobre um determinado estado de coisas.

Publicada a portaria, iniciam-se os trabalhos para implementar a política. É com a implementação – também referida como execução ou operacionalização – que a letra abstrata da norma será atualizada em localidades específicas. A partir de então, a política deixa de existir como a previsão de ações genéricas a serem executadas

³ No Ministério da Saúde, a criação e a implementação das políticas de saúde passam necessariamente pela publicação de portarias. O volume de portarias é considerado grande pelas pessoas envolvidas com o tema, a ponto de um site ter sido exclusivamente criado para acompanhá-las. A publicação de portarias que publicizam a elaboração e a implementação de políticas de saúde sob responsabilidades do Ministério da Saúde podem ser acompanhadas em: <http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/alertalegis.html> (Acessado em 06 de junho de 2013)

pelo Ministério da Saúde e passa a endereçar territórios, instituições e populações particulares. A implementação da política atualiza aquilo que aparece apenas como um potencial na letra da lei. Nesse sentido, a publicação da Portaria da Rede Cegonha marca o início de uma fase ao longo da qual as intervenções previstas como ações da política serão efetivamente levadas a cabo.

Por outro lado, além de demarcar um começo, a publicação da portaria também delimita um fim: o fim do processo formal de elaboração e formulação da política⁴. Primeira fase do *ciclo das políticas públicas*⁵, a formulação tem início com a identificação de um problema que merece intervenção. Em seguida, investigam-se causas e soluções para o problema identificado, até que uma solução seja escolhida em detrimento de outras. As soluções escolhidas compõem o texto da Portaria publicada e serão as ações implementadas pela política, isto é, aquilo que o Estado fará para intervir e transformar um determinado estado de coisas. Dito assim, o processo de elaboração de uma política pública soa quase como o resultado lógico e racional da ponderação e escolha de alternativas. Esta tese procura demonstrar justamente o contrário.

O texto publicado na Portaria GM N°1.459 de 24 de junho de 2011 é produto de meses de trabalho. A redação publicada como a política de *saúde materno-infantil* do Ministério da Saúde, isto é, as ações e as intervenções previstas pelo texto da

⁴ Refiro-me ao “processo formal” de elaboração da política porque os desafios, dificuldades e situações imprevistas que acontecerão no decorrer da implementação fazem da política matéria em constante reformulação. Nesse sentido, é possível inclusive falar de um processo de retroalimentação entre os momentos de formulação e de implementação da política. Não obstante, a publicação marca o início de uma nova fase, o momento em que os atores deixam de mobilizar-se em torno da construção do desenho daquilo que será feito e passam a mobilizar-se para efetivamente fazê-lo.

⁵ Para inúmeros autores, as políticas públicas podem ser divididas em fases, cujo conjunto caracteriza o ciclo das políticas públicas. Embora os autores discordem em relação ao número e a extensão de cada uma das fases, de maneira geral, todos concordam com a existência de pelo menos algumas delas: a definição do problema e da agenda; a escolha das soluções; a elaboração, a implementação; o monitoramento e a avaliação da política (Wedel, 2005; Shore, 2010).

portaria são o desfecho e a amarração final de horas de pesquisa, tensões, discussões, debates, conflitos, estabelecimento de controvérsias e elaboração de consensos. O expediente realizado no interior do Ministério da Saúde para tornar possível a publicação da Portaria é o tema do presente trabalho.

2. UMA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS

O que são as políticas públicas? Como quando se pergunta a um antropólogo o que a cultura é, essa pergunta pode engendrar um número ilimitado de respostas. Como a cultura, as políticas públicas também admitem definições mais abrangentes e mais restritas, esticando ou encolhendo seu elenco possível de sentidos. Dentre as muitas definições, duas delas são recorrentes. Em primeiro lugar, e em uma versão de sentido mais reduzido, as políticas públicas são definidas a partir de seu ciclo: elas dizem respeito à elaboração, à implementação, ao monitoramento e à avaliação de ações do Estado. Nesse sentido, elas são identificadas com as ações planejadas e executadas pelo Estado (algumas vezes com ajuda do terceiro setor ou do mercado), com o objetivo de intervir e de transformar aspectos de uma determinada realidade.

Em outra definição, mais abrangente, as políticas públicas seriam “tudo aquilo que o Estado faz ou deixa de fazer”. Nesse caso, o limite demarcado pela definição é estendido para abranger não apenas o conteúdo das intervenções planejadas, mas também os movimentos e atividades interiores à burocracia e à política partidária, que mobilizam agentes e situações para fazer com que a política pública possa vir a acontecer. Nessa perspectiva, as políticas públicas são estudadas sob outros vieses que não apenas a análise de seu conteúdo explícito, destacando-se: o jogo político que envolve a definição da agenda; as negociações inerentes à escolha das ações adotadas pela política; o processo de tomada de decisões; etc.

Tanto em sua versão curta, como também em sua versão estendida, nota-se que as políticas públicas dizem respeito ao agir do Estado. Ao longo dos últimos séculos, o

Estado fez-se cada vez mais presente na vida dos sujeitos que habitam o espaço interno às suas fronteiras – do nascimento, passando pela educação, formação, trabalho, casamento e óbito (Peirano, 2009). O estado é o responsável direto pela manutenção de inúmeras instituições/organizações que atravessam a nossa existência. É avalista da legitimidade de outras tantas organizações, bem como das patentes e títulos que elas nos conferem. Finalmente, pelos documentos e registros que nos impõe, o estado é fiador, inclusive, de nossa existência mesma como cidadãos, possuidores de direitos e deveres. A inexorabilidade do Estado é um fato, e nem mesmo os “sem-documentos” escapam dele (Ferreira, 2009; Bevilaqua, 2000).

Como meio ou instrumento pelo qual o estado age e penetra em cada pormenor de nossas vidas, as políticas públicas também constituem fenômeno definidor de nossa época (Shore, 2010)⁶. Elas se tornaram um princípio organizativo fundamental das sociedades contemporâneas, pois condensam e redistribuem sentidos, conceitos, critérios e formas de perceber e organizar o mundo. É por intermédio delas que o Estado modela, organiza e regula a existência e as atividades dos indivíduos (Wedel, 2005). Para a compreensão das sociedades contemporâneas, as políticas públicas tornaram-se um conceito tão central e estruturante quanto a família e o parentesco (Wright, 2006).

Como corpo coerente de um conhecimento disciplinar, as políticas públicas têm sido tradicionalmente estudadas pela Ciência Política. Vem dessa disciplina a definição das políticas públicas a partir de seus ciclos, e um dos critérios de classificação das abordagens da ciência política baseia-se justamente nas fases da política. A maioria dos trabalhos realizados pela disciplina busca analisar o processo de formulação das políticas públicas e um número considerável de pesquisas dedica-se a avaliar o resultado final, a eficácia e a efetividade, das políticas públicas. Por outro lado, poucos trabalhos exploram as vicissitudes do processo de implementação. No

⁶ É importante ressaltar que outras instituições também se organizam em torno da ideia fundamental das políticas públicas, como organizações não-governamentais, instituições filantrópicas e organizações internacionais.

campo da disciplina da Ciência Política, é possível ainda distinguir entre, de um lado, abordagens mais dedicadas a explorar a relação entre as políticas públicas e o contexto político; de outro, perspectivas focadas no acompanhamento mais pragmático do ciclo da política, da formulação à avaliação⁷.

Não obstante, e a despeito das diferenças supracitadas, existem muitos aspectos comuns na forma como as correntes da Ciência Política analisam as políticas públicas. Boa parte dos trabalhos segue um roteiro semelhante e busca avaliar o êxito do resultado alcançado, sempre medido em relação a um problema ou objetivo inicialmente desenhado. Conforme sistematizado por Hinshaw (1980, p.510), ao analisar as políticas públicas, a ciência política costuma seguir cinco passos: (a) avaliação do ambiente em que a política está sendo elaborada e no qual o tomador de decisão se encontra inserido; (b) identificação da questão ou do problema que requer solução; (c) identificação das alternativas de políticas públicas apropriadas para o ambiente do tomador de decisão; (d) identificação dos critérios relevantes para a escolha das alternativas (e) uso de pressupostos e informações limitadas para avaliar prós e contras de cada alternativa em relação ao critério estabelecido.

Assim, apesar das divergências entre as diferentes abordagens – isto é, quer as políticas públicas sejam concebidas como o resultado de instrumentos mobilizados para intervir e solucionar problemas da realidade; quer como instrumento político para angariar alianças e legitimidade; quer como enquadramento institucional que visa influenciar a ação dos indivíduos – de uma maneira geral, a Ciência Política analisa as políticas públicas de forma instrumental, concebendo-a como o meio necessário à consecução de determinados fins. (Shore, 2010). Nessa perspectiva, as abordagens que estudam a formulação de políticas elaboram perguntas sobre os grupos políticos bem-sucedidos em impor seus interesses. Por outro lado, as pesquisas que se debruçam sobre a implementação e a avaliação, formulam

⁷ As diferentes perspectivas são abordadas por atores como Saraiva, 2006; Kindgom, 2006; Yekezhel Dror, 2006; Lindblom, 2006. Para uma síntese e uma revisão bibliográfica das diferentes abordagens ver Souza, 2006.

perguntas que comumente dizem respeito à eficiência, à eficácia e à efetividade da intervenção.

Nessas perspectivas, importa pouco o contexto simbólico e o universo de valores e sentidos no qual se inserem os processos de formulação e implementação das políticas públicas. Partindo da identificação dos objetivos das políticas, as pesquisas analisam os meios escolhidos para alcançá-los e mensuram os resultados atingidos. É por isso que, como já mencionado, as perguntas formuladas e respondidas pela Ciência Política comumente versam sobre medidas de desempenho. Isso vai ao encontro da observação de Hinshaw (1980, p.512), segundo o qual, na maioria das vezes, o objetivo final dessas análises não é exatamente compreender (no sentido de “verstehen”) a formulação e a implementação das políticas públicas, mas melhorar os conteúdos, os processos, e a capacidade de intervenção e de transformação (controlada) posta em marcha pelas políticas públicas. Um trabalho antropológico sobre políticas públicas certamente faria outras perguntas e escolheria outro caminho.

Concomitantemente a presença crescente do aparato estatal sobre a vida das pessoas, as perspectivas antropológicas sobre a atuação do Estado têm aumentando consideravelmente nos últimos 50 anos. É curioso notar, no entanto, que a grande maioria dos trabalhos estuda as ações do Estado sobre a vida cotidiana, mas poucas abordagens endereçam especificamente as políticas públicas. Falam-se da atuação, da influência e da agência do Estado, mas raramente o foco dos estudos é projetado especificamente sobre o meio/instrumento pelo qual essa agência é exercida. Esse meio/instrumento são as políticas públicas, estendidas como ponte a intermediar a interação entre a burocracia estatal e os cidadãos-sujeitos.

De forma esquemática, as abordagens antropológicas sobre as políticas públicas podem ser divididas em duas perspectivas: de um lado, os trabalhos que estudam a influência do Estado e das políticas públicas sobre a vida das pessoas; de outro, os estudos que visam adentrar a própria burocracia estatal e apreendê-la em

funcionamento. A primeira proposta toma o Estado como ponto de partida e busca conhecer a amplitude e o efeito de suas ações; a segunda volta-se para o Estado, tomando-o como eixo e foco de estudo.

No primeiro grupo, encontram-se estudos que visam compreender uma gama variada de temas: a inexorabilidade da presença do Estado e da burocracia na vida ordinária das pessoas; a forma como o poder estatal estabelece critérios classificatórios e influencia a criação de categorias de indivíduos, pessoas e sujeitos; o poder de o Estado controlar as populações e influenciar a subjetividade e a definição dos Sujeitos (Wedel, 2005; Shore, 2010; Borges 2003; Foucault, 2001). Encontram-se também neste primeiro grupo, os trabalhos (ainda mais recentes) da Antropologia Aplicada, que contribuíram sobretudo com análises dos processos de implementação e avaliação de políticas financiadas não apenas pelo Estado, mas também por organismos internacionais. Nesses casos, os antropólogos são comumente contratados por sua capacidade de lidar com “dados qualitativos”, esperando-se que ajudem a compreender os processos de ressignificação local das políticas concebidas nacional ou internacionalmente (Hinshaw, 1980; Fiske, 2006).

Desse modo, encontramos na Antropologia Acadêmica uma grande variedade de pesquisas que se debruçam sobre as ações do Estado e, dessa forma, tangenciam as políticas públicas. Por sua vez, inúmeros trabalhos da Antropologia Aplicada investigaram a maneira como grupos, comunidades e populações receberam e ressignificam políticas (de Estado ou de organismos internacionais). Para além desses trabalhos, porém, tive dificuldades para encontrar pesquisas antropológicas sobre políticas públicas que colocassem a organização e a burocracia estatal no centro da análise. Como se a disciplina estivesse há muito tempo rondando e tangenciando o assunto, tendo, contudo, dedicado poucos esforços para se debruçar de forma mais detida e específica sobre as políticas públicas como aquilo que se processa, também, dentro mesmo do Estado (Fiske, 2006; Wright, 2006, Souza Lima, 1995; Souza Lima, 1992; Bevilaqua & Leirner, 2000).

Esta tese não objetiva analisar a influência do Estado sobre a vida dos beneficiários das políticas públicas. Ela mira na direção contrária. Ao invés de olhar para a vida das pessoas, buscando aí a onipresença do Estado e suas políticas, vamos olhar para o interior do Estado, descrevendo e buscando compreender seu funcionamento. Ao invés de focar o modo como o Estado e as políticas públicas impõem categorias que transformam, homogeneizam, definem subjetividades ou engendram resistências em diferentes populações e sujeitos, vamos voltar a atenção para a burocracia estatal a fim de compreender como essas categorias são produzidas e reproduzidas.

Adotando uma perspectiva simétrica (Latour, 1994), a Antropologia pode expandir seus horizontes de análise. Além de estudar as pessoas às quais as políticas são dirigidas e apresentar o ponto de vista de culturas marginalizadas aos formuladores e tomadores de decisão, deve também investigar os corredores e as salas de reuniões das organizações burocráticas, os gabinetes de tomadores de decisão e os conselhos das corporações e organizações. O Estado se torna uma agência cuja existência é efeito de infinitas ações, tanto quanto qualquer outro 'nativo'. Nessa perspectiva, a presente tese busca acessar o universo daqueles que circulam pelo governo e pelo interior dos prédios da burocracia de estado: dirigentes, burocratas, militantes, políticos, profissionais de saúde etc. (Shore, 2010, p.33).

An Anthropology of Policy, however, is equally interested in understanding the cultures and worldviews of those policy professionals and decision makers who seek to implement and maintain their particular vision of the world through their policies and decisions. From an anthropological perspective, what happens in the executive boardroom, the cabinet meeting, or the shareholders' annual general meetings is no less important than that which occurs at the level of the factory floor or locality. Thus, an anthropological approach to the study of policy incorporates the full

realm of processes and relations involved in the production of policy: from the policy makers and their strategic initiatives to the locals who invariably shape and mediate policy while translating it into action.
(Wedel, 2005, p.34).

A perspectiva proposta, portanto, distingue-se das abordagens mais tradicionais da Ciência Política porque não busca mensurar o resultado final a partir de objetivos pré-estabelecidos. Busca, antes, compreender os sistemas de valores e o universo cosmológico que informam a definição dos objetivos e a construção de expectativas em relação aos resultados. São outras as perguntas formuladas pela Antropologia, pois admite-se que as políticas públicas não são elaboradas, implementadas e avaliadas em um vácuo de sentidos. A disciplina parte do pressuposto de que a formulação e a implementação de políticas públicas são formas particulares de ação social e simbólica. Elas trazem implícitos (e também explícitos) protocolos linguísticos, categorias de indivíduos, modelos de sociedades, critérios de classificação e concepções de mundo (Shore, 2010, p.31-34). Como sugerido por Hinshaw:

since it is the problem of values that most puzzles and confuses the policymakers, it is possible that this is the area in which anthropology, through the construction of models explaining formation, interconnectedness, and dynamics of value systems, will have the most original contribution to make (1980, p.512)

Em sendo um trabalho antropológico sobre as políticas públicas tal como concebidas no interior do Ministério da Saúde, esta tese busca desvendar a constelação de atores, de práticas e de significados que concorrem para a existência e perpetuação de uma determinada política. O que significa a política pública no contexto em análise? A que interesses atende? E que valores reafirma e reproduz?

Que perguntas postula e que respostas procura? Que expectativas mobiliza? Em que universo de práticas são concebidas? Como mobilizam os sujeitos? Para responder a algumas dessas perguntas, vamos, com esta tese, atravessar os portões do Ministério da Saúde.

3. A ABORDAGEM ETNOGRÁFICA DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE

O que é uma política pública? Como vimos acima, há respostas teóricas e sistemáticas mais ou menos prontas para essa pergunta. Essas respostas, porém, são demasiadamente genéricas para dar conta daquilo que vi, ouvi e experimentei como política pública no interior do Ministério da Saúde. Além de propor uma abordagem antropológica sobre uma política pública tal como concebida e vivida no interior do Ministério, a tese também apresenta uma perspectiva etnográfica do processo de elaboração da *Rede Cegonha*. O trabalho deixará de tentar formular um enunciado sobre o que a política pública é, mas o texto buscará persegui-la, seguindo o rastro dos objetos que a incorporam, dos espaços que a acolhem, das agências que a constituem e sustentam. Nesse sentido, a tese é um experimento teórico-metodológico. O experimento foi inspirado na proposta de John Law e de Annemarie Mol, que defendem a incorporação da desordem (“mess”) como metodologia, teoria e epistemologia das pesquisas em ciências sociais (Law & Mol, 2002). Vejamos mais de perto a proposta desses autores.

De Laet e Mol apresentam o artigo “The Zimbabwe Bush Pump: Mechanics of a Fluid Technology” como uma análise da fluidez de um objeto-ator específico: a “bush pump” do Zimbábue, a bomba de água mais utilizada naquele país. O artigo visa explicar a extraordinária adaptabilidade da tecnologia da “bush pump”, que é atribuída à sua fluidez, isto é, sua capacidade de existir sem necessariamente constituir-se como um objeto-ator de limites rigidamente demarcados. É o sentido da fluidez da “push pump” captado por De Laet e Mol (2000) que inspirou a abordagem da política pública de saúde que ora apresento.

Para demonstrar a fluidez da “bush pump” do Zimbábue, as autoras lançam uma pergunta simples: o que ela é? A princípio, descrevem-na a partir de suas características físicas e materiais: enumeram os materiais de que é feita, suas cores, suas texturas, o tamanho e as formas das partes que a compõem. Por restringir-se às características visuais da bomba de água, a primeira descrição não dá conta de apreender tudo aquilo ela é e pode vir a ser, e por isso não satisfaz as autoras. Assim, numa segunda tentativa de apreender o que é a “bush pump” do Zimbábue, De Laet e Mol apresentam-na na perspectiva das funções que desempenha. A bomba de água é novamente caracterizada, mas a partir da descrição de seus componentes hidráulicos: os componentes que deverão ser introduzidos no solo, os componentes da superfície, e a forma como as partes se articulam e operam para bombear água do poço à superfície. Mais uma vez, porém, o resultado final não satisfaz às autoras, que resistem aceitar que a “bush pump” se resume a seus princípios e componentes hidráulicos. Para as autoras, fazer com que a “push pump” seja capaz de bombear água do fundo do poço até a superfície é um processo que envolve inúmeras outras agências.

Não instalada, a “bush pump” é apenas uma bomba de água em potencial. Para que seja de fato uma bomba de água, ela precisa estar deslocando água de dentro do poço para a superfície. Nesse sentido, o poço escavado para sua instalação também faz parte da “bush pump”, já que, sem ele, ela não pode ser uma bomba de água em sua integridade. No entanto, a existência apenas do poço não é suficiente. Para que a bomba de água cumpra sua função, o poço deve estar livre de contaminação, por isso deve ser escavado em lugar adequado (longe das fossas, por exemplo) e de modo adequado (para que areia ou lama não sejam derrubadas em seu interior). Quando funciona em um poço adequadamente escavado, a “bush pump” do Zimbábue não é apenas um dispositivo tecnológico que provê água; mais que isso, ela também provê saúde. Nesse caso, De Laet e Mol argumentam que as “bush pumps” do Zimbabwe já não podem ser definidas pelo material que as compõem, tampouco pelos seus princípios hidráulicos. Elas se tornam uma tecnologia para

evitar a difusão do vírus E.coli, podem ser definidas pelos indicadores de saúde para cuja melhora contribuem e passam a ser associadas à diminuição da incidência daquela doença.

De Laet e Mol esclarecem que as “bush pumps” são instaladas em vilas e relatam que a decisão de instalar a bomba, bem como sua instalação, envolvem todos os residentes das vilas: o adivinho deve escolher o lugar onde o poço será perfurado, as pessoas se reúnem para cavar o poço, montar as peças e instalar a bomba de água. Nesse caso, a participação da comunidade também compõe aquilo que a “bush pump” é, pois, sem ela, o poço não seria escavado, a bomba não seria montada, a água não chegaria à superfície e a população não seria protegida do vírus do E.coli. Para existir, a bomba de água precisa da comunidade. A bomba faz com que a comunidade se reúna e imprima sua agência sobre ela. Em contrapartida, e concomitantemente, a bomba de água também age sobre a comunidade.

O artigo de De Laet e Mol é um exercício de extensão da definição da “bush pump”. Ao explicitar as agências mobilizadas pela bomba de água para fazê-la funcionar, De Laet e Mol esticam tanto seu sentido/sua composição que chegam a identificá-la à nação. Conforme as autoras enunciam no início do texto – e surpreendentemente – à medida que inúmeras agências vão se somando à “bush pump” do Zimbábue, somos levados a perceber e a compreender sua fluidez. O argumento das autoras é resumido na seguinte passagem:

“Even if nothing can be taken from it, it is not clear where this pump ends. For what is the Zimbabwe Bush Pump? A water-producing device, defined by the mechanics that make it works as a pump. Or a type of hydraulics that produces water in specific quantities and from particular sources. But then again, maybe it is a sanitation device – in which case the concrete slab, mould, casing and graving are also essential parts. And while it may provide water and health, the Pump can only do so with the Vonder Rig – or some other boring device and

accompanied by manuals, measurements and tests. And what about the village community? It is to be included in the Pump – because a pump has to be set up by a community and cannot be maintained without one? But then again, perhaps the boundaries of the Bush Pump coincide with those of the Zimbabwean nation. For in its modesty way, this national Bush Pump helps to make Zimbabwe as much as Zimbabwe makes it” (De Laet & Mol, 200, p.237).

Mol e Law (2004) elaboram um exercício/experimento semelhante em “Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia”. Tal como o texto antes mencionado, o objetivo do artigo é apresentar a fluidez dos limites e fronteiras de determinado objeto/sujeito. Neste caso, o objeto/sujeito é o corpo. A fluidez do corpo é apresentada como corolário da fluidez de um distúrbio do organismo e, para demonstrá-las, os autores partem de uma pergunta simples: “o que é a hipoglicemia?”

Na primeira resposta aventada, os autores recorrem aos livros de medicina, e a hipoglicemia é caracterizada ora pelas medições de açúcar no sangue, ora pela descrição das sensações e sintomas que provoca sobre o corpo (suores, taquicardias, confusão mental etc.). Não satisfeitos com as definições dos livros, os autores partem em busca de definições baseadas em aspectos práticos (“practicalities”) e decidem entrevistar não apenas pessoas que sofrem a hipoglicemia, mas também profissionais de saúde, amigos e parentes que convivem com elas. Na nova perspectiva, aquilo que a hipoglicemia é se amplia, e ela se torna um emaranhado de objetos, situações, sensações e emoções inextricavelmente associados: a hipoglicemia é também os aparelhos portáteis de medição de açúcar no sangue; a hipoglicemia é a impossibilidade de utilizar o aparelho para medir o açúcar do sangue em inúmeras situações; ela é o pânico do sono interrompido com sintomas de queda do açúcar; é a capacidade de prever a queda de açúcar no sangue sem a ajuda do aparelho; é a capacidade do parceiro prever a queda do açúcar pelo mal-humor do outro etc. Como a “bush pump” do Zimbábue, a existência da

hipoglicemia é colocada em movimento por uma série de agências que atuam em conjunto e que, ora se complementam, ora se contradizem.

Ao rotar a perspectiva e ao focar os aspectos práticos daquilo que constitui a hipoglicemia e a “bush pump” do Zimbábue, De Laet, Mol e Law apresentam uma contribuição a um só tempo analítica e empírica (quase estética) às abordagens da teoria do ator-rede. Além de demonstrar etnograficamente como pessoas, coisas, situações e sensações encontram-se inextricavelmente conectados, todos atuando como agências e operando uns sobre os outros, os textos dos autores também nos apresentam uma abordagem menos coerente, do ponto de vista teórico, mas mais aproximada das minúcias, da complexidade e das inconstâncias daqueles que experimentam a realidade. Como observam de Laet e Mol:

“So the Bush Pump ‘B’ type has a number of possible boundaries. A small device in some ways, in other way it encompasses an entire state. But we are not interested in making claims about its absolute size or reach. Instead, we want to insist that the Bush Pump is - descriptively and practically - framed in a range of different ways” (De Laet & Mol, 200, p.237).

Inspirada por essa perspectiva, passei a me perguntar como uma abordagem antropológica voltada para os aspectos práticos (“practicalities”) das políticas públicas enfrentaria a questão: “o que é uma política pública de saúde elaborada pelo Ministério da Saúde?” A pergunta, a meu ver, não deve ser respondida com um esquema, ou com a indicação de um referente específico. Se levarmos a sério a sugestão de que as políticas públicas são tudo aquilo que o Estado faz, então somente uma etnografia do Estado em ação (Latour & Woolgar, 1997) poderá nos oferecer uma dimensão mais aproximada daquilo que a política pública é. Nessa perspectiva, não caberia responder com um enunciado o que a política pública de saúde é. Tal como procederam De Laet e Mol em relação à “bush pump” do Zimbábue, e tal como o fazem Mol e Law em relação à hipoglicemia, é preciso trilhar

os caminhos percorridos pela política, é preciso encontrar os agentes com os quais ela se encontra, é preciso constatar em ato os objetos, os espaços, os valores e os símbolos que ela mobiliza.

Partindo desses pressupostos, a presente tese inspira-se na pergunta: o que é uma política pública de saúde? O desafio e o esforço serão o de construir uma descrição capaz de retratar o que a política de saúde é tal como concebida, vivida e experimentada no interior do Ministério da Saúde. Na impossibilidade de fazê-lo de forma exaustiva (Strathern, 1991), a tese busca captar e apresentar ao menos alguns de seus aspectos fundamentais

3. A TEORIA DO CAMPO E O CAMPO COMO TEORIA

Em fevereiro de 2011 tomei posse no cargo de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental. Trata-se de uma carreira do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão caracterizada por seu *exercício descentralizado*, o que significa que os servidores públicos da carreira podem ser lotados em qualquer pasta da Esplanada dos Ministérios. Antes da posse, meus colegas de carreira e eu passamos por um *curso de formação* que durou aproximadamente um semestre. Um estágio de três semanas em um órgão do Executivo Federal fazia parte do processo preparatório. Por sorteio, fui designada para estagiar no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, e, baseando-me na experiência do estágio, eu deveria elaborar um relatório sobre a criação, a história e sobre os instrumentos e ferramentas de implementação de uma política específica do Departamento: o Programa Saúde da Família (PSF).

Antes daquelas três semanas que “estagiei” no Departamento de Atenção Básica, eu nunca havia parado para pensar ou refletir sobre a saúde pública. Meus colegas de concurso e eu sabíamos que, ao final do curso de formação, uma lista de postos de trabalho nos seria apresentada, e que, na ordem de classificação do concurso,

poderíamos escolher o Ministério de nossa primeira lotação. Até o estágio, o Ministério da Saúde sequer se me afigurava com uma possibilidade. Após o estágio, porém, tornou-se minha primeira opção.

Escutei de alguns colegas com os quais mais tarde trabalhei que a *saúde pública era como uma cachaça*. Se fisdado, o sujeito nunca mais conseguiria abandoná-la. Talvez seja isso o que tenha se passado comigo. Ao final das três semanas de estágio no Departamento de Atenção Básica, eu estava deslumbrada com o Programa Saúde da Família (*PSF*) – não apenas com as ideias que fundamentavam aquela política pública, mas também com todas as dificuldades e obstáculos que pareciam envolver o trabalho de colocá-la em prática. O que mais me fascinara, porém, não fora exclusivamente o *PSF*, mas a percepção de que ali havia um mundo inquietante e vibrante a ser descoberto: o universo da saúde pública no Brasil. Foi com esse faro antropológico que escolhi minha primeira lotação.

No dia 11 de fevereiro tomei posse pela manhã e me apresentei à tarde ao Gabinete da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Não me lotaram no Departamento de Atenção Básica (DAB), como eu gostaria. Fui direcionada ao Secretário de Atenção à Saúde, que me explicou que, naquele momento, não precisavam de pessoas no DAB, e sim no Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (*DARAS*). Tornei-me então parte dos profissionais do *DARAS*, mas como só entendia (e pouco) de políticas da Atenção Básica, foi-me dado um tempo como aprendiz: eu deveria estudar a saúde pública (história, legislação, principais temas), participar de um grande número de reuniões e realizar pequenas tarefas que me fossem designadas, sem, contudo, assumir atribuições ou responsabilidades específicas. Meu período de aprendizado durou quatro meses e foi nesse tempo que realizei as anotações que deram origem a esta tese.

No primeiro semestre de 2011, uma grande agitação havia tomado conta do Ministério da Saúde. O Ministro Alexandre Padilha tomara posse em janeiro e, depois de muitos anos liderado pelo *PMDB* (Partido do Movimento Democrático

Brasileiro), o Ministério passava às mãos do Partido dos Trabalhadores. Como acontece em começos de governo e/ou por ocasião da troca de Ministro, boa parte dos detentores de cargos de direção do Ministério estava sendo substituída. Era um momento em que, diariamente, o Diário Oficial da União trazia a exoneração dos antigos e a nomeação dos novos dirigentes. O movimento de substituição dos cargos comissionados era acompanhada por uma onda de revisão das políticas públicas existentes e de publicação de novos programas⁸, pois cada novo dirigente afirmava querer *deixar a sua marca*, levando para o governo a sua melhor contribuição.

Na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), órgão onde trabalhei, o Secretário de Atenção à Saúde recém-empossado determinara que as *Redes Regionais de Atenção à Saúde* seriam um marco de sua gestão. Assim, no momento em que aterrissei na SAS, quatro Redes de Atenção se encontravam em processo de formulação: a *Rede Cegonha*, a *Rede de Atenção às Urgências e Emergências*, a *Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e de Mama* e a *Rede de Atenção Psicossocial* (que mais tarde se transformou na política do Ministério para recuperação de usuários de crack e de outras drogas). Para impulsionar a construção dessas políticas, um arranjo institucional havia sido montado, e cada uma das Redes contava com um *Grupo Executivo* e um *Comitê Gestor*.

O *Grupo Executivo* era formado por cinco ou seis pessoas, responsáveis por acompanhar diariamente a elaboração das políticas. Por sua vez, os *Comitês Gestores* foram naquele momento apresentados como os espaços por excelência de elaboração das *Redes de Atenção*. Formados por representantes de inúmeros órgãos do Ministério da Saúde, os *Comitês* se reuniam todas as semanas nos primeiros meses de trabalho. Com o tempo, passaram a se reunir quinzenalmente.

⁸ Tal como sucede no Ministério da Saúde, utilizo as palavras programas e políticas públicas como sinônimos.

As reuniões dos *Comitês Gestores* seguiam uma ordem prescrita. Elas começavam com a apresentação dos participantes, a qual se seguia o momento dos *informes*, quando a pessoa responsável por conduzir o encontro atualizava os participantes sobre os resultados da apresentação e discussão da Rede em questão por outras instâncias que não aquela do *Comitê Gestor*. Aos *informes*, seguia-se a *apresentação* da política, momento mais importante da reunião, quando um membro do *Grupo Executivo* ficava responsável por expor o estado da arte do processo de elaboração. Os participantes, por sua vez, podiam levantar questões, dúvidas, oferecer sugestões e críticas. Finalmente, a reunião se encerrava com os *encaminhamentos*, quando se estabeleciam tarefas a serem realizadas até o encontro da semana seguinte.

Como aprendiz, nos quatro primeiros meses em que estive no Ministério participei de quase todas as reuniões do Comitê Gestor da *Rede Cegonha*, da *Rede de Atenção às Urgências e Emergências* e da *Rede de Atenção Psicossocial*. Para todas as reuniões eu carregava comigo um caderno. Era apenas um caderno de anotações de trabalho, mas o treinamento etnográfico fizera com que eu acabasse tomando nota das reuniões com muitos detalhes. Quando finalmente me licenciei do trabalho e pude me dedicar à elaboração da tese, percebi que meus cadernos de trabalho se pareciam muito com os meus (antigos) cadernos de campo.

Comparada às condições em que mais comumente se elaboram os trabalhos de Antropologia, esta tese tem uma origem peculiar. Em primeiro lugar, porque não fui a campo; mas transformei *a posteriori* a experiência do trabalho em meu campo. Em certo sentido, porém, é possível afirmar que minha inserção como profissional do Ministério da Saúde deu-se de forma semelhante à inserção de um pesquisador em campo. Nas primeiras semanas em que frequentei as reuniões dos *Comitês Gestores* das *Redes de Atenção à Saúde* anotei bastante, mas compreendi muito pouco. No final do segundo mês, eu já começava a compreender alguma coisa: entendia as propostas de políticas apresentadas ao longo das reuniões e o modo como se ajustavam ao funcionamento (formal e oficial) do sistema de saúde. No entanto, foram precisos muitos meses, muitas reuniões, muitas *conversas de corredor* e

alguns estudos para que eu começasse a ser capaz de perceber os subtextos, os não-ditos e as entrelinhas dos debates por trás de cada política em processo de formulação. Foi preciso mais de ano para que eu começasse a ser capaz de captar todas as coisas que estavam em questão. Mais ou menos como ocorre com o antropólogo que sai para explorar cosmologias desconhecidas, o “mundo da saúde” alcançou-me aos poucos, e como resultado de meu esforço ativo para reunir os vários fragmentos a que tinha acesso em diferentes contextos.

Em segundo lugar, esta tese também se difere dos trabalhos de Antropologia com os quais estamos familiarizados porque, ao contrário do que comumente acontece, uma ideia muito vaga antecedeu o recorte de seu objeto. O presente trabalho nasceu da vontade de etnografar o “mundo da saúde”, que tanto me fascinou (e incomodou) desde as primeiras semanas que travei contato com ele. Essa vontade aumentou na mesma proporção em que, aos poucos, esse universo ia-se-me tornando mais familiar. O recorte do objeto veio depois. Folheando meus cadernos de reunião, percebi que os encontros do *Comitê Gestor das Redes de Atenção* poderiam funcionar como portas de entrada, portais a partir dos quais eu poderia conduzir o leitor a espreitar o conjunto de seres e de coisas que compõem o universo e a cosmologia da saúde pública no Brasil. Este trabalho é resultado desta constatação.

No período que me encontrava como aprendiz, participei de aproximadamente quinze reuniões do *Comitê Gestor* de cada uma das *Redes*, mas, para a elaboração da tese, optei por focar exclusivamente as reuniões da *Rede Cegonha*. A sequência de questões e temas apresentados e debatidos ao longo desses quatro meses de encontros dos *Comitês Gestores* foi a mesma para todas as *Redes de Atenção* naquele momento em processo de formulação: nos primeiros encontros foram definidas as *diretrizes* e os *objetivos* das políticas; em seguida, as reuniões foram dedicadas à definição das *ações* da política; posteriormente, algumas reuniões foram dedicadas ao *financiamento*; e a estas se seguiram os encontros em que se discutiu a *operacionalização* das *Redes*. No entanto, como as reuniões do *Comitê Gestor da Rede Cegonha* tiveram início antes das demais, o processo de elaboração dessa *Rede*

estava sempre mais adiantado. Por essa razão, as reuniões do *Comitê Gestor da Rede Cegonha* se me afiguraram uma completa novidade. Ao serem apresentados nas reuniões de outras *Redes*, os temas e questões (definição das ações, financiamento, operacionalização etc.), já me pareciam um pouco mais familiares.

Desse modo, as reuniões do Comitê Gestor da Rede Cegonha foram momentos em que uma série de “pistas” me foi apresentada. Percebi que, para compreender o SUS, eu precisava seguir essas pistas. Assim, passei a conceber as apresentações, os temas e as questões debatidas em cada encontro como a presentificação de agências (coisas, ideias, pessoas, situações, valores, interesses) que se encontravam ausentes. Seguir as pistas, nesse sentido, significava rastrear as ausências (paradoxalmente presentes) em cada reunião. Ao fazê-lo, o Sistema Único e o universo da saúde pública foram se tornando mais familiares. Como o tempo, e conforme os encontros se sucediam, tornei-me capaz de perceber não apenas a lógica explícita da política em formulação, mas também o que ela deixava de fora, os não-ditos, as entrelinhas e os subtextos do processo.

Por representarem uma importante porta de entrada para o mundo da saúde – e porque ensejaram as anotações mais detalhadas de meus cadernos de anotações –, escolhi as reuniões do *Comitê Gestor da Rede Cegonha* como o foco de minha pesquisa e de minha descrição etnográfica. O que procurei fazer neste trabalho foi, de certa forma, mimetizar a minha própria experiência. De forma experimental, tento fazer com que a tese reproduza sobre o leitor um processo de aprendizagem semelhante aquele pelo qual passei. Espero que, no decorrer do texto e com o adensamento da descrição etnográfica, o leitor vá se tornando cada vez mais familiarizado com o universo da *saúde pública* no Brasil.

Descrevo com detalhes quatro reuniões do *Comitê Gestor da Rede Cegonha* (uma em cada capítulo) e as concebo como “rituais”, isto é como fenômenos-eventos que expandem, iluminam e ressaltam o universo simbólico comum a um determinado grupo. Como rituais, vejo-as como momentos em que os valores e conhecimentos do

grupo são enfatizados e transferidos, como situações propícias à resolução de conflitos e à reprodução de relações sociais (Peirano, 2003, p.10). Na descrição das reuniões, apresento as presenças que elas atualizam e, ao tecer comentários que extrapolam o contexto dos encontros, busco ajudar o leitor a desvendar algumas das ausências (paradoxalmente manifestas).

Como veremos, as presenças atualizadas nas reuniões dizem respeito à apresentação e aos debates que envolvem a elaboração da política. Para o leitor desta tese, elas aparecerão sobretudo nas falas dos participantes das reuniões. As ausências, por outro lado, remetem a uma grande variedade de coisas e agências, para as quais eu não apostaria em uma classificação sistemática, sob o risco de enrijecer a fluidez daquilo que alguns autores em quem me inspiro chamam de feito ou, melhor dizendo, de efeito. São processos internos ao Ministério da Saúde; disputas entre categorias profissionais; influências partidárias; princípios e valores caros aos profissionais, dirigentes e militantes do Sistema Único de Saúde; antipatias e disputas internas à pasta; pressões políticas dos movimentos sociais; políticas públicas anteriores àquelas discutidas; eventos e acontecimentos históricos do Sistema Único; eventos e acontecimentos anteriores à existência mesma do *SUS* etc. Como todas aquelas outras agências que “colam” na bomba de água descrita por De Laet e Mol e fazem dela a “bush pump” do Zimbábue; e como todas as agências que “colam” na hipoglicemia de Mol e Law, essas ausências também “colam” e “vão junto” com a *Rede Cegonha*. Elas também se somam para compor aquilo que uma política pública de saúde é.

Mais do que o experimento de mimetizar na tese o meu próprio processo de aprendizagem, a opção por tentar conduzir o leitor pelas ausências (paradoxalmente) presentes nas reuniões expressa também uma escolha teórica e metodológica. Essa escolha inspira-se na crítica de John Law (2006) ao método tradicionalmente adotado pelas ciências sociais.

Law argumenta que nossas experiências de vida e de pesquisa são experiências desordenadas (“messy”). No entanto, ao passar a pesquisa pelo filtro do método, são produzidos textos e trabalhos coerentes. Assim, embora as interações e as relações entre coisas e pessoas aconteçam de forma desordenada, ao tentar apreender o mundo, as ciências sociais têm historicamente escondido e reprimido sua “bagunça”, suas incoerências e suas inconstâncias. Law afirma que os métodos das ciências têm muitas vezes funcionado como uma medida de higienização da realidade:

“Sometimes, I think of it as form of hygiene. Do your methods properly. Eat your epistemological greens. Wash your hands after mixing with the real world. Then you will lead the good research life. Your data will be clean. Your findings warrantable. The product you will produce will be pure. It will come with the guaranteed of a long shelf-life”. (Law, 2006, p.2)

Agindo assim, pesquisadores deixam de fora uma parte importante do mundo pesquisado. Seus trabalhos se tornam mais coerentes e mais claros, mas ao custo de se distanciarem das realidades testemunhadas e vivenciadas. Se algumas coisas, pessoas e interações são amorfas, vagas ou fluidas, a solução de pesquisa não deveria ser a de esconder suas inconsistências e re(a)presentá-las de forma clara e coerente. Ao contrário, as pesquisas deveriam apontar exatamente para essas características, fazendo a desordem do mundo vir à tona, trazendo-a para superfície. A proposta, pois, é a de reintroduzir a desordem/bagunça (“mess”) nas pesquisas das ciências sociais. Para o autor, lidar com as ausências implicadas nas presenças é uma das formas de fazê-lo.

Ao contrário das presenças, tornadas explícitas pela descrição das reuniões, a ausências clamavam por outra forma de apresentação. Para isso, lancei mão de dois meios. Em alguns casos, intercalei as descrições com algumas “paradas” – normalmente separadas em subtítulos -, na quais discorro textualmente sobre temas apenas evocados nas reuniões, mas fundamentais para a contextualização dos

debates e das questões apresentadas. Em outros casos, sobretudo quando as ausências remetiam a formas imprecisas – intuições, suspeitas, impressões não apenas minhas, mas também de muitos participantes com os quais conversei – tentei mimetizar no texto a própria imprecisão. Essas ausências aparecem então pela recorrência de determinados comentários, pela repetição das falas de alguns personagens, pelas incoerências e por agências que permiti que se multiplicassem e se espalhassem pelo texto – ainda que eu não tenha encontrado posteriormente um lugar para discorrer explicitamente sobre elas. Espero, na verdade, que as ausências implicadas nas reuniões do *Comitê Gestor da Rede Cegonha* e no processo mesmo de elaboração da política apareçam, inclusive, nas entrelinhas do texto, que não controlo e que me escapam. Nesse sentido, tentei construir uma textualidade que fizesse as pazes com as incertezas e com as ambiguidades e que, de certa forma, se aproximasse da definição que Law apresenta de alegoria:

“Allegory is the art of meaning something other than, or in addition to, what is being said. It is the art of decoding meaning, of reading between the literal lines, to understand something else or more. It is the craft of making several not necessarily very consistent things at once. It is the art of crafting multiplicities, indefiniteness, undecidabilities. Of holding them together. Of relaxing e borders control that secure singularity” (Law, 2006, p.12).

Finalmente, algumas palavras sobre as quatro reuniões descritas. Como mencionei, participei de aproximadamente quinze encontros do *Comitê Gestor da Rede Cegonha* que tinham como objetivo a formulação da política. Também como mencionado, ao longo de quatro meses e conforme avançava a elaboração da política, os temas discutidos nas reuniões foram se transformando: inicialmente foram discutidas e definidas as diretrizes e os objetivos da política; em seguida foram selecionadas suas ações; seguiu-se a estipulação do financiamento; e, por fim, foram definidas as etapas de implementação da política. Quatro ou cinco reuniões foram dedicadas a cada um desses temas, e descrevê-las, além de tornar esta tese excessivamente

repetitiva, apresentaria o assunto de forma tão pulverizada que, provavelmente, dificultaria a compreensão e a síntese – como o personagem do conto de Jorge Luís Borges que, ao tentar fazer um mapa idêntico à realidade, reproduziu na carta a escala do mundo, tornando-a sem utilidade.

Sendo assim, as quatro reuniões apresentadas nesta tese - uma em cada capítulo, uma para cada tema debatido – são uma ficção criada a partir das quinze reuniões que presenciei e documentei em meus cadernos. Nenhuma das reuniões descritas corresponde exatamente a uma reunião da qual eu tenha participado; por outro lado, é possível afirmar que as quinze reuniões estão contidas e sintetizadas nas quatro aqui apresentadas. As reuniões ficcionalizadas seguem exatamente a mesma forma das reuniões presenciadas, elas reproduzem as *apresentações*, as falas e os debates que escutei nas reuniões das quais participei. No entanto, apresentações, falas e debates de quatro ou cinco reuniões aparecem condensados em apenas uma. Os personagens das reuniões, por sua vez, são pessoas reais, profissionais e dirigentes com os quais convivi no Ministério da Saúde. Optei por trocar seus nomes e por não revelar os seus cargos (no caso dos dirigentes), para tentar, assim, mantê-los no anonimato⁹.

Além da introdução e da conclusão, esta tese encontra-se dividida em quatro capítulos. Cada capítulo corresponde a uma reunião do *Comitê Gestor da Rede Cegonha* e à apresentação de uma das fases do processo de formulação da política – as mesmas fases que posteriormente foram inscritas na Portaria. Além da descrição das reuniões, cada capítulo aborda, também, um tema que “cola”, que “vai junto” e que ajuda a caracterizar o que são as políticas públicas de saúde e o universo da saúde pública no Brasil.

⁹ Quando iniciei a escrita, pensei que não haveria problema em revelar seus nomes e algumas leituras me fizeram crer que deveria indicá-los. No decorrer da escrita, porém, mudei de ideia, considerando, sobretudo, o fato de eu ter me inserido naquele ambiente como profissional, e não como pesquisadora. Para reflexões sobre o anonimato na escrita etnográfica ver Bevilaqua, 2003 e Fonseca, 2010.

O primeiro capítulo apresenta a reunião em que foram definidas as diretrizes e os objetivos da *Rede Cegonha*. Para que as discussões ao longo da reunião sejam compreendidas, o capítulo esboça uma recapitulação sobre os princípios orientadores do Sistema Único e a forma como se originam no movimento pela Reforma Sanitária. O segundo capítulo descreve a reunião em que foram definidas as *ações* que viriam compor a *Rede Cegonha*. O capítulo também apresenta a estrutura organizacional e burocrática do Ministério, buscando demonstrar como ela exerce influência sobre a construção da política. O terceiro capítulo discute o financiamento da política. Como nos capítulos anteriores, as discussões da reunião aparecem como a presentificação de pressupostos e categorias fundamentais do Sistema Único de Saúde. O texto visa demonstrar como as categorias presentes nesse capítulo remontam à dificuldade do Ministério da Saúde para acessar e conhecer a realidade do território nacional. Finalmente, o quarto capítulo descreve a reunião em que se discute a operacionalização da *Rede Cegonha*, buscando-se demonstrar que, não apenas o acesso, mas também a intervenção na realidade é um grande desafio para o Ministério da Saúde.

CAPÍTULO 1 – OS PRINCÍPIOS, AS DIRETRIZES E OS OBJETIVOS DA REDE CEGONHA

Era final de fevereiro e o *Comitê Gestor da Rede Cegonha* vinha se reunindo desde meados de janeiro. Os encontros aconteciam todas as tardes de quarta-feira na Sala de Reuniões do Gabinete da *Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)* do Ministério da Saúde. A sala ampla tinha como mobília uma mesa de reuniões em formato de meia lua, onde naquele dia se acomodaram entre 15 e 20 pessoas. No lado oposto ao da porta, voltada para o ponto médio da mesa em meia-lua, uma televisão LCD de aproximadamente 46 polegadas conectada a um computador exibia a página inicial de um arquivo de *Power Point: software* do Windows que elabora apresentações de textos e imagens gráficas na forma de slides. “Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança – Rede Cegonha – Estratégia de Qualificação da Atenção Obstétrica e Infantil”, lia-se na tela.

Localizado no nono andar do Edifício Sede do Ministério da Saúde (bloco G da Esplanada do Ministérios), o Gabinete do Secretário de Atenção à Saúde era composto pela sala de reuniões, uma recepção onde trabalhavam duas secretárias, uma sala ocupada pela Chefe de Gabinete do Secretário de Atenção à Saúde, duas salas para assessores vinculados ao Gabinete¹⁰ e uma sala ampla e espaçosa, com vistas para a Praça dos Três Poderes, ocupada pelo Secretário de Atenção à Saúde, o Secretário da SAS. Havia ainda uma sala de espera em frente ao Gabinete, onde comumente deputados, prefeitos e secretários municipais e estaduais de saúde esperavam para ser recebidos pelo Secretário da SAS. Além do Gabinete do Secretário, o nono andar do Edifício Sede abrigava outros órgãos da SAS: o Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em

¹⁰ Não havia uma competência ou atribuição específica da assessoria, que cuidava sobretudo de demandas administrativas formuladas pelo Secretário.

Saúde (DCEBAS), a Assessoria Jurídica, a Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento (CGPO) e a recém-criada Coordenação Geral de Informação e Monitoramento das Redes de Atenção à Saúde (CGIMRAS), onde trabalhei a maior parte do tempo em que estive no Ministério.

Além do *Edifício Sede*, o Ministério da Saúde ocupava dois outros prédios anexos: o primeiro ligado à *Sede* por um corredor suspenso sobre a Via S 2 Leste, rua paralela à Esplanada que passa por trás dos prédios principais dos Ministérios; o segundo, um pouco mais afastado, localizado na Quadra 1 do Setor de Administração Federal (SAF), a uma distância de aproximadamente 5 ou 8 minutos de caminhada do *Edifício Sede*. Este último abrigava os outros cinco departamentos da SAS e a caminhada entre os dois prédios – exercício constante de dirigentes e demais profissionais da Secretaria – era sempre apontada como razão para os atrasos das reuniões.

Naquela quarta-feira, a Dra. Margareth esperou mais de vinte minutos após o horário marcado para começar à reunião, que teve início com a chegada dos *dirigentes e profissionais da* Coordenação de Saúde da Mulher. Quando todos pareciam prontos e acomodados ao redor da mesa, a Dra. Margareth apresentou-se – embora todos já a conhecessem –, pronunciando em voz alta o seu nome, cargo e o órgão do Ministério da Saúde no qual trabalhava. Em seguida, virando-se para a pessoa sentada a seu lado, fez sinal para que desse prosseguimento às apresentações.

No sentido horário, cada participante anunciou o nome e o local em que trabalhava: *secretaria, departamento e coordenação*. Alguns participantes enunciaram sua profissão e aqueles que dispunham de *cargos de confiança* também os declararam. Enquanto as pessoas se apresentavam, circulava pela mesa uma lista de presença, onde os participantes anotavam o órgão do Ministério da Saúde em que trabalhavam (coordenação, departamento e secretaria), telefone e e-mail. As reuniões sempre tinham início com a apresentação de todas as pessoas presentes.

Nos primeiros meses do ano de 2011, quando as reuniões do *Comitê Gestor da Rede Cegonha* ainda eram uma novidade, as apresentações funcionavam como uma espécie de identificação dos participantes, associando cada um a seu órgão de origem. Com o tempo, porém, quando todos já se conheciam e as apresentações continuavam abrindo as reuniões, elas se transformaram em uma forma de tornar visível e de fazer presente no espaço daquele encontro os inúmeros órgãos que compõem o Ministério.

Concluídas as apresentações, a Dra. Margareth seria a primeira a falar. Ela era médica, tinha aproximadamente 50 anos, e acabara de assumir um *cargo comissionado (DAS 101.5)*¹¹ na SAS. Ela trabalhara durante muitos anos em um governo municipal com o também recém-empossado *Secretário de Atenção à Saúde* e por ele havia sido convidada a colaborar na implantação das *Redes Integrais de Atenção à Saúde*.

A Dra. Margareth iniciou o encontro com uma série de agradecimentos: agradeceu a presença de todas as sete secretarias que compunham o Ministério da Saúde; agradeceu especialmente a presença de assessores da *Secretaria Executiva* e do *Gabinete do Ministro*; agradeceu a presença de todos os departamentos e de todas as coordenações que compunham a SAS. Durante os agradecimentos, e numa fala emocionada, a Dra. Margareth reiterou os propósitos do *Comitê Gestor da Rede Cegonha*. O encontro semanal, ressaltou, deveria ser considerado uma oportunidade de diálogo e de interlocução, um lugar de *construção coletiva e participativa* de um SUS cada dia melhor.

Após os agradecimentos, e como já havia feito em reuniões anteriores, a Dra. Margareth passou a discursar sobre o objetivo daqueles encontros. Afirmou que *muitos avanços haviam sido conquistados* ao longo dos mais de vinte anos de

¹¹ Os *cargos comissionados* e a forma como são distribuídos na estrutura do Ministério da Saúde serão discutidos no capítulo seguinte.

existência do *SUS*, mas lembrou que *ainda havia muito a ser feito*. Esclareceu que o Ministro Padilha determinara que *acesso e qualidade* seriam os principais objetivos de sua gestão, e acrescentou que, no seu entendimento, *acesso e qualidade* diziam respeito à *integralidade da atenção*. No *estágio em que se encontrava o SUS*, continuou explicando, a *fragmentação dos serviços de saúde* era o maior impedimento para a consecução da *integralidade*. Sem *acesso* e sem *integralidade*, estava comprometida a *qualidade dos serviços de saúde*. Por isso continuou, o objetivo das políticas que seriam elaboradas naquele governo não era apenas *expandir a cobertura e ampliar o acesso*. Mais do que isso, era preciso garantir a *resolutividade e a integralidade*. Ou seja, os 75% de brasileiros dependentes do *Sistema Único de Saúde* deveriam ter suas *necessidades de saúde* respondidas.

Enfática, a Dra. Margareth afirmou que a *fragmentação das ações e serviços de saúde na ponta*¹² era o resultado da *fragmentação dos programas e políticas de saúde*. Por sua vez, a *fragmentação das políticas de saúde* resultavam da *fragmentação interna do próprio Ministério da Saúde*. Ela observou que, como todos sabiam, durante muitos anos o Ministério da Saúde havia sido ocupado como territórios isolados, com cada um de seus *órgãos* (secretarias, departamentos e coordenações) transformados em pequenos *feudos*. Nessas condições, continuou, *políticas e programas* de saúde eram elaborados e implementados por cada um dos *feudos*, sem que se estabelecessem um diálogo entre eles. Para ela, superar a *fragmentação dos serviços de saúde na ponta* significava, antes de tudo, colocar um fim aos *feudos criados no interior do próprio Ministério*. A integração do órgão no nível federal, afirmou, era imprescindível à concretização, *na ponta*, do *princípio da integralidade da atenção e do cuidado à saúde*. Daí a importância das reuniões do *Comitê Gestor*,

¹² Como veremos mais adiante, o Ministério da Saúde é responsável por elaborar grande parte de políticas/programas de saúde do país. Não obstante, cabe aos estados e municípios implementá-las em seus territórios. Desse modo, utiliza-se no Ministério a expressão *na ponta* para referir-se ao contexto em que as políticas/programas são efetivamente executados.

onde todos os *órgãos* do Ministério eram chamados a participar e a contribuir para a elaboração da *Rede Cegonha*.

A Dra. Margareth, mais uma vez, agradeceu a presença das secretarias, dos departamentos e das coordenações, enfatizando uma a uma a presença de cada órgão. Agradeceu a presença da *Secretaria Executiva*, da *SCTIE* (Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos), da *SESAI* (Secretaria Especial de Saúde Indígena), da *SGEP* (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa), da *SVS* (Secretaria de Vigilância em Saúde) e da *SGETS* (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde). Não agradeceu a presença da *SAS*, mas de cada um de seus órgãos presentes: agradeceu a presença do *DAB* (Departamento de Atenção Básica) e de suas Coordenações; do *DAE* (Departamento de Atenção Especializada) e de suas Coordenações, do *DAPES* (Departamento de Ações Programáticas Estratégicas) e de suas Coordenações, do *DCEBAS* (Departamento de Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde) e do *DARAS* (Departamento de Articulação das Redes de Atenção à Saúde).

A Dra. Margareth prosseguiu a reunião, passando ao momento dos *informes*. Mencionou que na última semana havia se reunido com dirigentes da *Casa Civil*¹³, ocasião em que lhe foi comunicado que a *Rede Cegonha* deveria ser *lançada* ainda no mês de março¹⁴. Encontrava-se em elaboração a agenda da Presidenta para o mês

¹³ A Casa Civil é uma órgão do Governo Federal com status de Ministério que funciona diretamente vinculado à Presidência da República. Além de assessorar a Presidência no diálogo com os Ministérios, a Casa Civil funciona como órgão de articulação e de coordenação do governo.

¹⁴ Além de publicadas como ato normativo – algumas como lei, outras como decreto e outras como portaria – algumas políticas públicas são “lançadas” em ato oficial pelo Presidente da República, pelo Ministro da pasta que a formula e/ou por outras autoridades. As cerimônias de lançamento podem acontecer no Palácio do Planalto ou em outras localidades, inclusive em outros municípios. Normalmente, são eventos abertos ao público e com cobertura de imprensa. Nas cerimônias, a proposta é apresentada, as autoridades discursam, representantes dos beneficiários se manifestam e comumente assina-se um documento que expressa o compromisso com a política. A composição do público varia consideravelmente:

das mulheres e, na perspectiva da Casa Civil, uma política como a da saúde materno-infantil não poderia ficar de fora. Por essa razão, explicou, era preciso acelerar o processo de formulação da Rede Cegonha.

A notícia foi recebida com euforia, mas não pareceu conveniente a todos. Algumas pessoas, sobretudo *profissionais das áreas técnicas*, como da Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher e a Coordenação de Atenção à Saúde da Criança, manifestaram preocupação com os prazos. Alegaram que não seria possível ter tudo pronto ainda no mês de março, pois a elaboração da política demandava tempo, pesquisa, discussões e, principalmente, *pactuações*. Os *profissionais das áreas técnicas* explicaram que, além de continuarem *tocando* os procedimentos ordinários do Ministério, agora precisavam encontrar tempo para participar das reuniões e dar conta das *demandas* e atividades que envolviam a construção das várias *Redes de Atenção* então em processo de formulação.

As preocupações dos técnicos foram respondidas com otimismo pelos dirigentes da SAS, bem como pelos assessores diretos da Secretaria Executiva e do Gabinete do Ministro. Tratava-se de uma *janela de oportunidades* para o Ministério da Saúde, argumentaram, e mais especificamente para os militantes a favor de uma *atenção integral à saúde da mulher e da criança*. Era uma oportunidade política que não se poderia deixar escapar. Ademais, enfatizou um dos dirigentes, o final de março encerrava os três primeiros meses de governo da Presidenta Dilma Rousseff e era importante deixar a marca do Ministério da Saúde nas conquistas alcançadas no marco dos 100 primeiros dias de governo. Era preciso *fazer convergir o tempo da*

quando os eventos ocorrem no Palácio do Planalto, apenas convidados com o nome na porta podem entrar; na maioria dos casos, os eventos são abertos a convidados que têm alguma relação com a política que está sendo lançada (profissionais e gestores da saúde no caso de políticas do Ministério da Saúde; professores e gestores da educação, no caso de políticas do Ministério da Educação; empresários, no caso de políticas do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio etc.); em alguns casos, os eventos são abertos ao público em geral. Os “lançamentos” são verdadeiros rituais políticos, tal como estudados por: Peirano, 2001; Peirano, 2003; Chaves, 2000; Borges, 2003.

política com o tempo da técnica, alguém concluiu. *Fazer convergir o tempo da política e o tempo da técnica* era atividade delicada, exercida magistralmente por uns, desajeitadamente por outros, mas crucial para o resultado final da política.

O segundo *informe* era implicação do primeiro: se a *Rede Cegonha* seria lançada pela Presidenta ainda no mês de março, era preciso correr também com a *pactuação da política na CIT* (Comissão Intergestores Tripartite)¹⁵. A Dra. Margareth foi enfática, reiterando que, sem a *pactuação* na *CIT*, o lançamento da política ficava absolutamente inviável. Ela afirmou que antes de levar a Rede Cegonha até o plenário da *CIT*, era preciso avançar na formulação da política e na construção da *apresentação*, pois não podiam apresentar uma proposta ainda inacabada.

No terceiro e último *informe* daquela reunião, a Dra. Margareth comunicou que havia consultado a Casa Civil sobre a viabilidade de alteração do nome da política, visto que *Rede Cegonha* certamente não seria um nome bem aceito pelo movimento feminista. A alteração foi vetada. O *peçoal da Casa Civil* argumentou que a *Rede Cegonha* havia sido anunciada, com este nome, ainda nos momentos de campanha presidencial. Agora já não era aconselhável alterar o nome. Assim, conforme defendido pelo *peçoal da Casa Civil*, a *Presidenta* fazia questão que a política fosse lançada como *Rede Cegonha*.

O nome *Rede Cegonha* era criticado por *dirigentes e profissionais* do Ministério da Saúde, mas a proposta de alterá-lo era sempre recebida com melindre. Argumentava-se que o nome havia sido sugestão de *uma autoridade* e por isso não admitia alterações. Não se sabia quem era essa *autoridade*, que no início foi atribuída ao Secretário da *SAS*. Com o tempo, porém, e cada vez que os profissionais do Ministério pressionavam pedindo a alteração do nome, a *autoridade* responsável por sua definição parecia mover-se para cima da hierarquia, até ser finalmente

¹⁵ A Comissão Intergestores Tripartite era uma instância de pactuação intergovernamental de políticas. Ela será abordada com mais detalhes no quarto capítulo desta tese.

atribuída à *Casa Civil* ou à *Presidenta*. Isso acontecia muitas vezes e não era raro que controvérsias fossem resolvidas com o argumento de que a decisão vinha diretamente do Ministro ou, em última instância, da *Presidenta*. No início do governo, a atribuição à *Presidenta* era de fato vista como o fim da possibilidade de discussão. Com o tempo, porém, a fórmula começou a se desgastar e todas as vezes que uma decisão era atribuída à *Presidenta*, pairava uma desconfiança sobre a veracidade do argumento – e conseqüentemente, uma dúvida sobre se valeria a pena continuar a pressionar por mudanças e alterações .

Os dirigentes, assessores e *profissionais da área técnica* envolvidos na elaboração da *Rede Cegonha* sabiam de antemão que seriam duramente criticados pelo movimento feminista e a possibilidade de alterar o nome já vinha sendo discutida há algumas reuniões¹⁶. Como resistência ao nome imposto, o arquivo *Power Point*, cuja página de abertura constava aberta na frente de todos, não apresentava a política exclusivamente como *Rede Cegonha*, trazendo *Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança* como título principal.

Naquele momento, porém, a notícia sobre a irreversibilidade do nome não capturou as atenções. Muitas pessoas sequer a tinham escutado, pois um burburinho se instalou no instante mesmo em que a Dra. Margareth mencionou a *pactuação na CIT*. Na confusão de comentários paralelos, especulava-se sobre as reações da *CIT* e sobre os pontos da política que poderiam suscitar desaprovação. Pelo que pude notar, as reações eram semelhantes nas reuniões dos *Comitês Gestores* para a formulação de outras *Redes de Atenção*: todas as vezes que a *CIT* era mencionada, um ambiente de apreensão se instalava.

¹⁶ Representantes da Secretaria de Política para Mulheres, órgão com status de Ministério vinculado à Presidência da República, chegaram a participar de uma reunião. Tentaram incluir algumas de duas propostas na política, mas não retornaram às reuniões quando perceberam que suas reivindicações não seriam atendidas. Não obstante, como veremos mais adiante, o Ministério da Saúde era poroso à influência do movimento feminista, uma vez que muitas de suas profissionais mantinham interlocução com o movimento.

Coube à Dra. Margareth conter a euforia que havia dominado a reunião. Ela pediu que as pessoas voltassem para seus lugares e retomassem a concentração, pois estavam apenas no momento do *informes* e muito trabalho ainda deveria ser realizado naquele dia. Após reaver a atenção de todos os participantes, a Dra. Margareth advertiu que se reuniria com o Ministro na semana seguinte e que não gostaria de levar *a apresentação* incompleta e inconsistente, tal como a tinha visto no último encontro. Queria uma *apresentação* inteira e coerente. Começaria a discuti-la com o Ministro e, quando convocados, precisavam estar prontos para levá-la à *Casa Civil*. A Dra. Margareth explicou que a mesma *apresentação*, isto é, o mesmo arquivo do *Power Point*, assim que aprovado pela Casa Civil, seria também levado à Presidência. Encerrou a fala reiterando que a partir daquele momento, mais que nunca, seria preciso avançar no processo. Em seguida, passou a palavra à Dra. Frida.

1. UM DIAGNÓSTICO: FRAGMENTAÇÃO E INTEGRAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Como já se sabia responsável pela apresentação do dia, a Dra. Frida estava sentada ao lado da televisão e em frente ao computador. Com aproximadamente cinquenta anos, a Dra. Frida, médica, também era uma das recém-empossadas dirigentes da SAS. Ao contrário da Dra. Margareth, porém, não havia sido indicada pelo Secretário, pois o Departamento em que estava, embora órgão da SAS, dizia-se, tinha a grande maioria de seus dirigentes indicados pela *Secretaria Executiva*.

A Dra. Frida abriu a fala agradecendo a presença de todos e esclarecendo que, naquele encontro, compartilharia uma versão mais *consolidada* daquilo que estava sendo *coletivamente construído* como a *Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança*, a *Rede Cegonha*. Ela lembrou que, nos últimos anos, grandes avanços haviam sido alcançados na atenção à saúde de mulheres e crianças. Em grande medida, os avanços eram o resultado de esforços bem-sucedidos empreendidos pelo Ministério da Saúde. Voltando-se para a tela da televisão, onde

se encontrava um slide com o título “Antecedentes da Rede Cegonha” a Dra. Frida leu em voz alta as políticas do Ministério às quais havia feito referência: “Programa de Humanização do Parto e Nascimento”, de 2000; “Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”, de 2004; “Agenda de Atenção Integral à Saúde da Criança”, de 2005; “Compromisso para Acelerar a Redução da Desigualdade na Região Nordeste e Amazônia Legal”, de 2009.

A Dra. Frida enfatizou que a melhora progressiva do SUS, bem como dos programas direcionadas à saúde de mulheres e de crianças dependia da capacidade de gestores e profissionais de saúde em construir políticas públicas a partir de um *conceito amplo de saúde*. A saúde, enfatizou, não seria apenas a ausência de doença, mas o conjunto de fatores e elementos que contribuem para o bem-estar físico e emocional da pessoa. Por essa razão, prosseguiu, além das políticas do Ministério, a diminuição da miséria e a melhoria dos padrões de vida da população, produtos do governo Lula, também desempenharam papel crucial na melhora da qualidade de vida de mulheres e crianças. Dados os *condicionantes sociais de saúde* e o *caráter intersetorial* dos problemas de saúde, toda política social era, em grande medida, uma política de saúde. No entanto, *apesar de todos os avanços*, a Dra. Frida seguia falando, *ainda havia muito a melhorar*.

No slide da *apresentação*, lia-se em letras maiúsculas: “principais problemas enfrentados pela linha de cuidado materno-infantil”, que eram os seguintes:

- (1) “elevadas taxas de morbi-mortalidade materna e infantil, sobretudo neonatal”;
- (2) “rede de atenção fragmentada e pouco resolutive”.

Os slides seguintes projetavam dois gráficos sobre a tela. Os gráficos traziam uma série histórica da *razão da mortalidade materna* e da taxa de *mortalidade infantil* no Brasil. Em 1990, a *razão de mortalidade materna* era de 138 para cada 100 mil nascidos vivos; em 2009, o número havia caído para 69. A mesma tendência foi

verificada para a taxa de mortalidade infantil, que em 1990 era de 47 por cada 100 mil nascidos vivos e, em 2009, 19 para cada cem mil nascidos vivos. Para a Dra. Frida, a expansão da cobertura da *atenção básica*, conquista dos últimos 20 anos, era o fator que mais contribuía para a melhoria dos indicadores.

Os slides seguintes traziam um quadro que apresentava os mesmos indicadores para Chile, Canadá, Reino Unido e França. Apontando para a televisão, a Dra. Frida pediu que todos os presentes comparassem os números do Brasil com os números de outros países. Eram muito piores, comentou. Por isso, a melhora dos números brasileiros não deveria ser festejada como uma conquista. Uma comparação com outros países demonstrava como os indicadores brasileiros eram ruins. Para ela, o as taxas de mortalidade materna e infantil do Brasil deveriam ser envergonhadas. Pela comparação com os outros países, conclui, percebia-se que, apesar das melhoras, ainda havia muito trabalho a ser feito.

A Dra. Frida reiterou que os números brasileiros eram inaceitáveis. O Brasil possuía boas escolas de medicina e de enfermagem, possuía profissionais engajados e um sistema de saúde relativamente estruturado e capilarizado. O que, questionava, o que explicaria o fraco desempenho de nossos indicadores? Tal como mencionado em um slide anterior, era duas as principais explicações: (1) a *fragmentação da rede*; (2) a *baixa resolutividade das ações de saúde*. A Dra. Frida enfatizou que uma nova *política de saúde materno-infantil* deveria, antes de tudo, *qualificar a atenção* dispensada às mulheres e às crianças. Com a *qualificação*, explicou, seria possível *conectar e coordenar o cuidado dispensado em cada nível de complexidade da atenção*. A *coordenação do cuidado*, por sua vez, ajudaria a superar a *fragmentação*.

Ao mencionar os problemas de *coordenação entre os diferentes níveis de atenção* a Dra. Frida foi interrompida pela Dra. Margareth, que comentou ser exatamente este o motivo pelo qual, naquele primeiro ano de governo, a SAS havia decidido concentrar esforços na construção das *Redes de Atenção à Saúde*. A Dra. Margareth lembrou que, desde a Constituição Federal de 1988, o SUS havia conquistado

muitos avanços. O Sistema Único de Saúde vinha se construindo pouco a pouco, traduzindo os seus ideias em políticas efetivas de saúde e concretizando o que no final dos anos 80 era apenas um sonho. Os *princípios e as diretrizes fundamentais do Sistema Único de Saúde*, inscritos na Constituição Federal e na *Lei Orgânica da Saúde* (Lei 8.080/1990), explicou, aos poucos tornavam-se realidade.

Em 25 anos, o sistema havia aumentado consideravelmente a *cobertura* de seus *serviços*, aproximando-se assim do *princípio da universalidade*, pois, como previsto pela Constituição, a *saúde era direito de todos e dever do estado*. Além disso, conforme previsto *pela diretriz da descentralização*, haviam avançado consideravelmente na transferência das responsabilidades de organização, gestão e prestação dos serviços de saúde para os gestores estaduais e municipais. Os Conselhos de Saúde municipais e estaduais e as comissões interfederativas haviam se tornado rotina na elaboração e implementação de políticas de saúde, reafirmando também o *princípio da participação social*. Os serviços haviam se capilarizado, aumentando o *acesso* e a *cobertura* de ampla parcela da população. Porém, a Dra. Margareth lamentou, todos sabiam que ainda existiam problemas na qualidade da atenção, daí a baixa *resolutividade*: muitas pessoas eram atendidas, mas seus problemas de saúde não eram resolvidos. Além disso, a *coordenação entre os diferentes serviços* e a *garantia da continuidade do cuidado e da atenção*, resultado da *fragmentação*, eram ainda o grande desafio do SUS. Sem superar essa dificuldade, ponderou, não haveria como garantir outro *princípio fundamental do Sistema Único de Saúde*: a *integralidade do cuidado*.

A Dra. Margareth seguiu explicando que o objetivo das *Redes de Atenção à Saúde* seria justamente o de promover o *princípio da integralidade*, previsto pela Constituição e pela *Lei Orgânica da Saúde*, mas de tão difícil implementação. As *Redes de Atenção* viriam para promover os instrumentos de *vinculação* e de *circulação do usuário do SUS por todos os serviços de saúde* de que necessita. O objetivo das Redes seria o de superar a *fragmentação das ações e serviços de saúde* e, conseqüentemente, o de garantir o *princípio da integralidade da atenção*. Era por

isso que, naquele momento, a SAS concentrava seus esforços na formulação de quatro *Redes de Atenção à Saúde*, que deveriam ser lançadas ainda no ano de 2011.

Para melhor compreendermos o significado dos *princípios e diretrizes* do SUS no processo de elaboração da *Rede Cegonha* faremos uma pausa na descrição da Reunião do Comitê Gestor. O objetivo da sessão que se segue é esclarecer a importância dos *princípios* no contexto da Reforma Sanitária e elucidar alguns dos sentidos que ganham com a criação e a consolidação do *SUS*.

2. OS PRINCÍPIOS E AS DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Testemunhei reuniões sobre uma grande variedade de assuntos ao longo de um ano e meio que estive no Ministério da Saúde e pude notar algo peculiar aos encontros cujo objetivo era a formulação de políticas. Em inúmeras reuniões, com finalidades variadas, era costume evocar *os princípios e diretrizes fundamentais do SUS*. Nas reuniões em que se discutia a concepção e a formulação de políticas, porém, eles pareciam participar como convidados especiais. Nessas reuniões, cada ponto debatido parecia evocar e reatualizar embates e conflitos históricos. Cada decisão era tomada tendo como fundamento um *princípio fundamental* ou um valor prezado pelo SUS. Nos encontros dedicados à elaboração de políticas, tudo se passava como se, ao discutir os pormenores das *ações* previstas pela política pública, discutia-se, também, *o sistema de saúde idealizado pelo movimento e pela Reforma Sanitária*.

Nas reuniões do *Comitê Gestor da Rede Cegonha*, falava-se de *pré-natal de qualidade* e de acesso a anticoncepcionais, falava-se da *ambiência do hospital e do local de parto*, falava-se de *vinculação da gestante*, de *modelo de atenção ao parto e nascimento*, ou sobre cuidados ao recém-nascido, mas, enquanto se falava de cada um desses temas, falava-se também sobre o que é o que deveria ser o *SUS*. Cada diagnóstico de problema, cada solução apresentada e cada ponto de debate trazia, em última instância, pressupostos e suposições sobre o que é o bom governo, sobre

o que é o bem e sobre o que é o mal. Tudo se passava como se cada política formulada pelos dirigentes, profissionais e militantes do SUS visasse encerrar de uma vez por todas o sistema de saúde que precedera o Sistema Único de Saúde; como se os processos de formulação de políticas e programas reatualizassem os momentos áureos de imaginação e criação do *movimento sanitaria* das décadas de 1970 e 1980. De certa forma, como veremos ao longo desta tese, era exatamente isso o que acontecia.

Inscritos na Constituição Federal de 1988 e na *Lei Orgânica da Saúde* (Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990), os *princípios e diretrizes fundamentais do Sistema Único de Saúde* são categorias inchadas de significados. Eles remetem ao sistema de saúde imaginado pelo *movimento sanitaria* das décadas de 1970 e 1980, que defendia duas ideias centrais. De um lado, apoiava e pressionava para o fim do regime militar, confundindo-se com os movimentos pela redemocratização do país. De outro, propunha não apenas a reforma do sistema de saúde vigente, mas também, influenciado pelo pensamento de esquerda, defendia uma mudança radical de toda a sociedade. Nas palavras de Paim (2008, p.643), propunha-se, a um só tempo, uma *reforma sanitária* e uma *reforma social*.

O movimento culminou na 8ª *Conferência Nacional de Saúde*, considerada um *marco histórico* pelos militantes do SUS. Ao contrário das Conferências de Saúde anteriores, das quais participaram apenas políticos, dirigentes e gestores do setor da saúde, a 8ª *Conferência* reuniu também representantes da sociedade civil de todo o país. O Relatório Final¹⁷ do encontro incorporou parte significativa das propostas de *Reforma Sanitária* defendidas pelo movimento, e o documento foi posteriormente usado como referência para a elaboração do capítulo sobre saúde da Constituição Federal e para o texto da *Lei Orgânica da Saúde* – Lei 8.080, que instituiu o Sistema Único de Saúde (Teixeira, 2011; Paim, 2008). Promulgada a Constituição de 1988, e

¹⁷ O Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde pode ser acessado em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf (Acessado em 06 de junho de 2013).

na contramão das reformas de redução das intervenções do Estado e de focalização das políticas sociais, criou-se, no Brasil, um sistema de saúde universal.

São cinco os *princípios/diretrizes do Sistema Único de Saúde* e podem ser divididos em *princípios finalísticos* e *princípios estratégicos* (Teixeira, 2011). Os *princípios finalísticos* dizem respeito ao objetivo final do Sistema de Saúde, isto é, a prestação mesma do serviço de *atenção à saúde*. São eles a *universalidade*, a *equidade* e a *integralidade da atenção*. Por sua vez, os *princípios estratégicos* – a *descentralização* e a *participação social* – “dizem respeito à diretrizes políticas, organizativas e operacionais que apontam como deve ser construído o sistema que se pretende conformar” (Teixeira, 2011, p.1). Eles remetem à forma como o sistema deve organizar-se para tornar concretos os princípios finalísticos. Os princípios estratégicos serão abordados em outros capítulos da tese. Neste momento, abordaremos apenas os três princípios fundamentais.

O princípio da *universalidade* pode ser sintetizado em uma frase reiteradamente repetida pelos profissionais e pelos dirigentes do Ministério da Saúde: *a saúde é direito de todos e dever do Estado*. Ele evoca um modelo de Estado, o Estado do bem-estar-social, no qual a saúde é entendida como um direito.

A oferta universal de *serviços e ações de saúde* contrapõe-se ao modelo que vigorou durante o regime militar e nos períodos anteriores a ele. Até a *Reforma Sanitária* dos anos 1980, o sistema de saúde brasileiro encontrava-se fraturado. A fratura pode ser descrita pela seguinte oposição: de um lado, o Ministério da Saúde ofertava serviços públicos de *prevenção às doenças* voltados para toda a *coletividade*; de outro, o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), órgão do Ministério da Previdência Social, garantia a *assistência médica individual* apenas aos cidadãos formalmente incluídos no mercado de trabalho. (Gerschman & Santos, 2006, p.178)

Desse modo, modelo que prevaleceu ao longo do regime militar, o Ministério da Saúde ofertava os serviços de *saúde pública*, entendidos como as *ações preventivas de alcance coletivo*, como os programas de imunização, a vigilância sanitária, e o controle de endemias e de doenças transmissíveis. Por outro lado, o sistema privado ficava responsável por prestar as *ações de assistência médico-hospitalar* direcionadas aos *cuidados individuais*, isto é, as consultas médicas, os exames, cirurgias et. A assistência à saúde dos trabalhadores com carteira assinada, contribuintes do sistema da previdência, eram cobertos pelo *INAMPS*. Aqueles que não se encontravam cobertos pela Previdência e que não pudessem pagar pela assistência privada, quando conseguiam vagas, eram atendidos pelas instituições filantrópicas e de caridade.

É esse o sistema criticado pelos militantes da *Reforma Sanitária*. Ao destacar a assistência à saúde como um direito, o *princípio da universalidade* opõe-se ao sistema que discrimina entre *prevenção* e *assistência*, entre *saúde coletiva* e *saúde individual* e, acima de tudo, entre contribuintes detentores de direitos e indivíduos *descobertos*. O sistema de saúde defendido pelo *movimento sanitarista* das décadas de 1970 e 1980, consolidado no Relatório Final da *8ª Conferência Nacional de Saúde* e inscrito na Constituição Federal era imaginado como oposto ao anterior: propunha a *cobertura universal* de serviços de *promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamento e assistência individual e reabilitação*.

Após vinte e cinco anos de implantação do SUS, o *princípio da universalidade* continua a evocar a noção de que a saúde é um direito de todos, e não de uma parcela da sociedade. Com o passar do tempo, porém, e diante dos obstáculos para a implantação de um sistema efetivamente universal, as ideias evocadas pelo *princípio da universalidade* extrapolaram aquelas defendidas pelo movimento da *Reforma Sanitária* – como se as vicissitudes do processo de implantação do SUS tivessem contribuído para que o *princípio* se inchasse de significados. Dois fatores merecem destaque nesse sentido.

Em primeiro lugar, o sub-financiamento do Sistema, seus problemas de infraestrutura e de desempenho fizeram com que os *serviços de saúde* do SUS passassem a ser percebidos pelo senso-comum como de *difícil acesso* e de *baixa resolutividade*. Em segundo lugar, a expansão dos seguros e planos de saúde privados, que estenderam sua cobertura sobre parte significativa da população, também contribuiu para alterar os significados associados ao *princípio da universalidade*. Por inúmeras razões, a criação do SUS não foi capaz de incorporar todos os cidadãos à assistência pública, como haviam sonhado os militantes da Reforma Sanitária (Menicucci, 2009). Mais que isso – e ironicamente – o acesso sistema de saúde privado (os planos de saúde) transformou-se em sinal de *inclusão social*.

Assim, ao longo de mais de duas décadas de implantação do Sistema Único de Saúde, o *princípio da universalidade* passou a incorporar uma dicotomia inicialmente imprevista. Além daquela que opunha a *prevenção coletiva e pública* à *assistência individual e restrita*, a *universalidade* passou também a assumir um traço de classe. Nesse sentido, passou a evocar a distinção entre, de um lado, o sistema público, responsável pela cobertura da população mais pobre; de outro, os prestadores privados, aos quais recorrem aqueles que podem arcar com os custos dos planos privados de saúde. Esse conjunto de sentidos foi reforçado no final da década de 1990 e início dos anos 2000, quando organismos internacionais fomentaram a discussão sobre a viabilidade de um sistema universal, incentivando e financiando políticas de restrição e focalização das políticas sociais em populações carentes (Gerschman & Santos, 2006; Teixeira, 2011). Como veremos ao longo desta tese, os vários sentidos associados ao *princípio da universalidade* serão recorrentemente mobilizados e evocados pelos participantes do *Comitê Gestor da Rede Cegonha*.

A segunda *diretriz fundamental* do SUS é a *equidade*, que, embora não conste explicitamente na Constituição Federal ou na Lei 8.080, é sempre invocada como princípio tanto pela literatura bibliográfica, quanto pelos dirigentes, profissionais e

militantes com os quais convivi no Ministério da Saúde. O *princípio* desperta muitas polêmicas.

Percebi que o *princípio da equidade* pode ser evocado sem levantar divergências quando se refere a grupos e minorias que dirigentes, profissionais e militantes do SUS consideram como *culturalmente diferentes da população brasileira*. Nesse caso, o princípio da *equidade* faz lembrar a existência de “barreiras culturais” (Teixeira, 2008, p.8) que podem dificultar a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários. As “barreiras culturais”, acredita-se, podem comprometer a eficácia das *ações de saúde* prestadas pelos profissionais. Nesse contexto, o *princípio da equidade* aponta para a importância de os profissionais de saúde *da ponta* aprenderem a compreender e a respeitar as *práticas de saúde características de determinadas populações*. No processo de formulação de políticas, a *equidade* pode ser evocada para delimitar, no interior de uma política maior, ações específicas voltadas para esses grupos – como ações de saúde voltadas para populações indígenas ou para populações ribeirinhas, por exemplo.

O *princípio da equidade* passar a desencadear controvérsias quando remete a diferenças de classe e de renda. É relativamente bem aceito quando se refere às macrorregiões do país, justificando *ações* específicas ou investimentos mais volumosos em regiões, estados e municípios mais pobres e *mais afastados* (do ponto de vista da região Sudeste) do país. No entanto, a *equidade* torna-se uma *diretriz* controversa ao ser evocada para justificar *ações e serviços de saúde* que têm como beneficiários exclusivos (ou preferenciais) os grupos e comunidades de baixa renda. Quando isso acontecia, o princípio da *universalidade* era evocado para fazer lembrar que aquele não era um governo ou um Ministério *neoliberal* e que a *focalização* de políticas é contrária à universalização do sistema. Essas discussões sempre terminavam com a constatação consensual segundo a qual o SUS não deveria ser um *sistema de saúde pobre voltado para os pobres*.

O *princípio da integralidade do cuidado* faz-se constantemente presente no dia a dia dos profissionais e dirigentes do Ministério da Saúde. Além de exaustivamente inscrito em leis, portarias e outros documentos, é incansavelmente mencionado em corredores e reuniões. No início do ano de 2011, a *integralidade* era a *diretriz* do Sistema Único de Saúde mais evocada nas reuniões dedicadas à formulação das *Redes*. Identificar o conjunto de significados que gravitam em torno da ideia de *integralidade do cuidado* é imprescindível para compreender as expectativas e esperanças depositadas sobre as *Redes de Atenção à Saúde*.

Mobilizada como um ideal, a *integralidade* tornou-se um conceito polissêmico, incorporando como significado um espectro amplo de sentidos. Os sentidos que evoca dizem respeito a características do sistema, dos estabelecimentos de saúde e das práticas dos profissionais. Expressam uma crítica e uma proposta alternativa ao sistema que a Reforma Sanitária desejava substituir. Como observado por Mattos (2006, p.2), a ideia de *integralidade* fala de “um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de sociedade mais justa e solidária”. Sem exaurir a polissemia de sentidos evocados pelo *princípio da integralidade*, identifiquei três conjuntos de significados que constantemente se fazem presentes quando a palavra é enunciada. Para isso, baseei-me na experiência vivenciada no Ministério da Saúde e nos diferentes contextos em que vi o princípio ser evocado. Além disso, recorri a uma breve revisão bibliográfica.

O primeiro conjunto de sentidos evocado pelo *princípio/diretriz* da *integralidade* remete a duas ideias complementares: uma concepção multidimensional do homem, entendido como um *sujeito biopsicossocial* (Kehrig, 2001 apud Spedo, 2009); e uma *concepção ampliada de saúde*, entendida para além de seus aspectos *biologizantes* (Oliveira & Cutolo, 2012).

A ideia veiculada pela concepção do homem como *sujeito biopsicossocial* é a de que o sofrimento humano não se restringe ao *sofrimento biomédico*, atribuído a doenças passíveis de diagnóstico e tratamento *medicalizante* (Mattos, 2004 apud Spedo,

2009; Mattos, 2006; Moraes, 2006; Mello & Viana, 2012; Costa, 2004). A concepção do homem como um *sujeito biopsicossocial* coloca-se como uma crítica a duas tendências do saber médico: de um lado, a especialização crescente da ciência médica, que progressivamente se foca no estudo de funções e órgãos específicos e vai aos poucos se tornando incapaz de cuidar do *corpo e do sujeito como um todo*, visto em sua *integralidade*; de outro lado, a *atitude reducionista* do conhecimento médico, que enfatiza apenas as dimensões biológicas do indivíduo, em detrimento dos *fatores psicológicos e sociais*. Assim, a noção do homem como um *sujeito biopsicossocial* contrapõe-se à concepção de que o *objeto do conhecimento e da assistência médica* seja o corpo em sua dimensão exclusivamente biológica. Nessa concepção, médicos e profissionais de saúde devem responder ao sofrimento humano, e não apenas ao sofrimento biomédico (Mattos, 2006).

Se o homem não deve ser considerado apenas como um *corpo biológico* e se suas *dimensões psicológicas e sociais* devem ser igualmente apreciadas na determinação das condições de saúde de um *sujeito*, as noções mesmas de saúde e doença acabam se alterando. Elas deixam de endereçar exclusivamente os sofrimentos do *corpo-objeto* e passam a referir-se ao *sujeito* e ao conjunto de sofrimentos capazes de afligi-lo. Na *concepção ampliada de saúde*, sanitaristas e militantes da saúde pública e/ou coletiva compreendem a saúde e a doença como o resultado da interação entre *fatores biológicos e condicionantes psicológicos, ecológicos, ambientais e sociais* (Oliveira & Cutolo, 2012; Kehrig, 2001 *apud* Spedo, 2009; Costa, 2004).

Como corolário da *concepção multidimensional do sujeito* e da *concepção abrangente de saúde*, o *princípio da integralidade* remete também à organização dos serviços de saúde e à prática cotidiana de seus profissionais. A ideia defendida pelo *movimento sanitarista* e pelos *militantes do SUS* é que, para dar conta dos aspectos *biológicos, psicológicos, ambientais e sociais* que influenciam a saúde de *sujeitos* considerados em todas suas dimensões *biopsicossociais*, o sistema de saúde deve oferecer uma ampla gama de cuidados. Nessa perspectiva, o *cuidado integral* começa com a atitude de cada profissional de saúde, que com os *usuários* devem estabelecer uma

relação horizontal de diálogo entre dois sujeitos e estar atentos a todas as suas *necessidades de saúde* (Oliveira & Cutolo, 2012). O *cuidado integral* passa pela organização dos trabalhos em equipe e pela valorização das *equipes multiprofissionais*, nas quais a responsabilidade pela saúde do *usuário* é igualmente compartilhada entre médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos etc. (Mattos, 2006). Finalmente, o *cuidado integral* supõe também a articulação das políticas e serviços de saúde com outras políticas sociais, de modo que todas as *necessidades* de saúde do usuário sejam reconhecidas e respondidas (Cecilio, 2011 *apud* Spedo, 2009; Mattos, 2006; Paim, 2006 *apud* Spedo, 2009).

Assim, no primeiro conjunto de sentidos atribuído à *integralidade*, o *princípio/diretriz* evoca três ideias centrais: a *concepção ampliada de saúde*, a *concepção multidimensional do homem* e as implicações dessas duas concepções sobre as atitudes cotidianas dos profissionais de saúde.

O segundo conjunto de sentidos evocados pelo *princípio* da *integralidade* remete à *integração sanitária*. A *integração sanitária* diz respeito à unicidade institucional do Ministério e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, responsáveis pela organização e pela articulação das *ações de promoção, prevenção, tratamento, e reabilitação* em saúde (Kehrig, 2001 *apud* Spedo, 2009; Mendes, 1993 *apud* Spedo, 2009; Paim, 2006 *apud* Spedo, 2009; Mello & Viana, 2012; Mattos, 2006). Aqui, a ideia evocada contrapõe-se à histórica distinção entre *prevenção* e *assistência*, dualidade que durante anos prevaleceu na saúde pública do país.

Como já mencionamos, até a criação do *SUS*, os serviços de *prevenção à saúde* estavam sob responsabilidade do Ministério da Saúde e no nível municipal eram prestados pelos *Centros de Saúde*. A *prevenção* baseava-se em *ações programadas* voltadas para a *coletividade* e consistia, sobretudo, nas campanhas de imunização e no controle de doenças transmissíveis, como Chagas, Hanseníase, Tuberculose etc. Por sua vez, a *assistência à saúde* encontrava-se sob responsabilidade do INAMPS

(Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), órgão do Ministério da Previdência Social, e no nível local era prestada por hospitais filiados e contratados pelo INAMPS.

Dada a divisão de competências entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social, o sistema de saúde do país consolidou-se sobre uma fratura e sobre uma dicotomia: de um lado, o Ministério da Saúde, a *prevenção* às doenças implementadas pelos *Centros e Saúde*, e as ações voltadas para a *coletividade*; de outro, o Ministério da Previdência Social e a *assistência médica* prestada a *indivíduos* em *estabelecimentos hospitalares*. O segundo conjunto de sentidos associado ao *princípio da integralidade* contrapõe-se justamente a essa dicotomia. A *integralidade* reforça a complementariedade entre a *promoção*, a *prevenção*, o *tratamento* e a *reabilitação em saúde*, que devem inspirar a elaboração de ações de saúde voltadas tanto para a coletividade quanto para a assistência individual.

O terceiro conjunto de sentidos evocados pelo *princípio da integralidade* parte dos significados anteriores para expressar um ideal sobre a *organização da oferta dos serviços de saúde*. A *integralidade*, nesse sentido, é compreendida como a garantia da *continuidade da atenção nos diferentes níveis de complexidade do sistema* (Paim, 2006 apud Spedo, 2009). Vejamos o que isso significa.

Os serviços e ações ofertados pelo Sistema Único de Saúde encontram-se divididos em três *níveis de atenção*. A classificação obedece ao critério de *incorporação de densidades tecnológicas* dos equipamentos utilizados por cada um dos níveis e comporta duas terminologias: *atenção básica*, *média complexidade* e *alta complexidade*; ou *atenção primária*, *secundária* e *terciária*. Equipamentos e medicamentos utilizados pela *alta complexidade/atenção terciária* são classificados como sendo mais *tecnologicamente densos/complexos* que equipamentos utilizados pela *média complexidade/atenção secundária*. A mesma relação pode ser feita entre a *média complexidade* e a *atenção básica*.

Comumente, os *serviços da atenção básica* são ofertados em *estabelecimentos de saúde* específicos, as *Unidades Básicas de Saúde (UBS)*. As *Unidades Básicas de Saúde* são os *estabelecimentos/serviços* de saúde mais capilarizados, tendo também a menor *área de abrangência* e a menor *cobertura populacional*. Os serviços da *média complexidade* são comumente ofertados em ambulatórios e hospitais de pequeno porte e têm *área de abrangência* e *cobertura populacional* maior que os *serviços da atenção básica*. A grande maioria dos *serviços da média complexidade* corresponde aos atendimentos de *especialidades médicas*, tais como a ginecologia, a oftalmologia, a ortopedia etc. Finalmente, os serviços da *alta complexidade* são ofertados em poucos hospitais, designados *hospitais de referência*, cuja *área de abrangência* e de *cobertura*, não raro, extrapola as dimensões de um único município. Os serviços da *média* e da *alta complexidade* podem ou não ser ofertados em um mesmo *estabelecimento de saúde*.

As *necessidades de saúde* dos *usuários* nem sempre podem ser respondidas por um único *estabelecimento* ou por um único *serviço de saúde*. Por essa razão, atribui-se à gestão do sistema a responsabilidade por planejar e organizar a articulação e a coordenação entre os três *níveis de complexidade* dos *serviços de atenção à saúde*. Espera-se que a articulação se materialize na confecção de *grades de referência e contra-referência*, que devem ser utilizadas pelos profissionais de saúde para encaminhar os usuários de um serviços a outro. A garantia da circulação do usuário pelos *três níveis de atenção*, evitando que se perca ou se *desvincule* da rede ao passar de um ponto a outro, bem como o atendimento de todas suas *necessidades de saúde* – prevenção, tratamento ou reabilitação – expressa bem a terceira ideia evocada pelo *princípio/diretriz da integralidade*. (Cecilio, 2011 apud Spedo, 2009)

“Um modelo integral, portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental,

sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação do indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento, reabilitação”. (Teixeira, 2011, p.6)

É importante esclarecer que a divisão que estabeleço entre os três conjuntos de sentidos evocados pelo *princípio da integralidade* é uma simplificação e visa favorecer a compreensão. Em alguns contextos, um ou outro grupo de sentidos acaba se tornando mais evidente que outro. Geralmente, porém, quando evocada pelos dirigentes, assessores, *profissionais de áreas técnicas* e militantes do Sistema Único de Saúde, a *diretriz da integralidade* incorpora concomitantemente os três conjuntos de sentido.

Os *princípios fundamentais* do Sistema Único de Saúde não são apenas valores abstratos. Eles não são percebidos como ideais impalpáveis. Antes, são muitas vezes identificados com a finalidade mesma do Sistema. Mattos (2006) refere-se a eles como uma *imagem-objetivo*, uma idealização do SUS que se pretende ver um dia concretizado. Vi a expressão ser utilizada muitas vezes no Ministério. Ela remetia aos objetivos últimos do SUS, isto é, aquilo que o Sistema pretendia alcançar – como *universalidade* e *integralidade*, por exemplo. Ao mesmo tempo, a noção de *imagem-objetivo* era evocada para lembrar que a implantação do SUS deveria ser apreendida com perseverança e cautela. Nesses contextos, a um só tempo, a expressão justificava as dificuldades e percalços enfrentados para a implantação do SUS e apontava para uma esperança, exprimindo a fé de dirigentes, assessores e profissionais da saúde de que, um dia, o sistema de saúde sonhado pela *Reforma Sanitária* iria de fato se concretizar.

Os *princípios* do Sistema Único se confundem então com seus objetivos. Nesse sentido, eles se tornam mais que uma motivação para a ação; eles se tornam o os *objetivos* mesmo do Sistema. Inúmeras portarias foram publicadas e muitos programas e políticas foram formulados com o objetivo de tornar os princípios do

SUS uma realidade. A história do SUS pode ser concebida como a história da tentativa de concretização dos *princípios* e *diretrizes* previstos pela Constituição. Tudo se passa como se cada política de saúde tivesse como objetivo dar continuidade à cruzada contra o sistema de saúde que vigorou antes e durante à ditadura militar – sistema duramente criticado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e juridicamente (apenas juridicamente) enterrado com a Publicação da Constituição Federal e da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.

É interessante notar que os princípios do SUS são inclusive utilizados como fiel da balança para mensurar os *avanços do Sistema Único de Saúde*. Tanto nas falas de dirigentes, profissionais e militantes, como também nos textos bibliográficos, os *balanços do processo de implantação do SUS* – de 5, 10, 15, 20 e 25 anos – comumente utilizam os princípios como critério para definir em que medida o Sistema Único de Saúde avançou ou não em direção a seus objetivos primordiais¹⁸. Medem-se os logros e malogros da Reforma Sanitária pela aproximação e afastamento em relação aos princípios fundamentais e, embora o SUS seja percebido como um *projeto inacabado*, parece haver um consenso em torno da ideia, muitas vezes repetidas como um mantra, segundo a qual *o SUS avançou, mas ainda falta muito a ser feito*.

3. OS PROBLEMAS ENFRENTADOS PELA SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Após expor os avanços do SUS em relação a seus *princípios fundamentais*, a Dra. Margareth pediu à Dra. Frida que desse continuidade à *apresentação*. A Dra. Frida prosseguiu na exposição do *diagnóstico* dos problemas enfrentados pela *linha de cuidado materno infantil*. Ela havia identificado a *morbi-mortalidade materna e infantil* e a *fragmentação da rede* como os problemas centrais a serem combatidos

¹⁸ Para as análises retrospectivas sobre a implantação do Sistema Único de Saúde ver: Menicucci, 2009; Teixeira, 2011; Giovanella, 2002; Mattos, 2004; Spedo 2009.

pela Rede Cegonha. Agora, a Dra. Frida apresentava aquilo que havia sido apontado como as causas dos dois problemas anteriormente identificados. Eles apareciam enumeradas no centro do slide:

- (1) “elevado número de gravidezes indesejadas”;
- (2) “dificuldade de acesso das gestantes ao pré-natal de qualidade”;
- (3) “peregrinação das gestantes no momento do parto”;
- (4) “práticas do parto e nascimento inadequadas e sem base em evidências científicas”.

Depois de lê-los em voz alta, a Dra. Frida explicou que os dois primeiros problemas diziam respeito ao período anterior ao parto. Os dos últimos, ao momento do parto. Uma *atenção integral à saúde da mulher*, explicou, deve cuidar tanto da mulher que pretende ser mãe, como também daquela que não pretende ter filhos. Por essa razão, era preciso fazer diminuir o elevado número de gravidezes indesejadas, atribuídos à falta de *efetividade* das ações de *planejamento familiar*. O *planejamento familiar*, conforme explicou, deveria incluir tanto a educação sexual, como também a distribuição de opções de métodos contraceptivos, como preservativos, pílulas convencionais e anticoncepcionais de urgência.

A falta de acesso *ao pré-natal de qualidade* era o segundo problema do momento anterior ao parto. A Dra. Frida esclareceu que o *pré-natal de qualidade* é responsável pelo bom andamento da gestação e principalmente do parto. Ela evocou a existência de *evidências científicas* que comprovavam que uma grande porcentagem da mortalidade no período neonatal poderia ser evitada com um *pré-natal de qualidade*, sobretudo no caso das *gestantes de alto risco*. Se uma gestante está entre os 15% previstos de *gravidezes de alto risco*, ela precisará de um acompanhamento *pré-natal* mais cuidadoso, bem como de atenção e procedimentos especiais. Por essa razão, explicou, os profissionais da *atenção básica*, responsáveis pela realização do pré-natal, deveriam *captar as gestantes* nas primeiras semanas de gravidez, deveriam garantir-lhes o acesso a todos os exames, bem como assegurar que

recebessem o *resultado dos exames em tempo oportuno*. Feitos os exames, os profissionais da *atenção básica* deveriam identificar a presença de risco e se responsabilizar por *encaminhar* as mulheres ao acompanhamento apropriado – fosse o de *risco habitual* ou o de *alto risco*.

Nesse momento, a Dra. Frida foi interrompida por uma técnica da *Coordenação de Saúde Mental*, que pediu uma definição mais precisa sobre o que seria uma *gestação de risco*. A Dra. Frida respondeu com conceitos da ginecologia e obstetrícia. Não satisfeita, a técnica perguntou se não seria conveniente incluir a *vulnerabilidade social* como um fator de risco às gestantes, sobretudo quando se considera a importância dos *condicionantes sociais de saúde*. Não foi preciso discutir a ponderação, pois todos concordaram. A Dra. Frida orientou seus assessores para que anotassem a alteração a ser incluída na *apresentação*, mas ponderou que nem todas as gestantes em *situação de vulnerabilidade social* precisariam ser *encaminhadas* para um acompanhamento de *pré-natal de alto risco*. Nesses casos, ponderou, o ideal era a consolidação de um diálogo com o Ministério do Desenvolvimento Social, para que a gestante em *situação de vulnerabilidade social* fosse acompanhada por um assistente social. Aí sim, conclui sorrindo, estariam construindo políticas intersectoriais.

A Dra. Frida deu prosseguimento à apresentação. Os outros dois problemas identificados, conforme explicou, diziam respeito ao momento do parto. O primeiro deles era a *peregrinação da gestante*, mas mal começara abordá-lo e a sala já havia sido tomada por burburinhos e conversas paralelas. Naquelas semanas, a mídia havia noticiado casos de gestantes que, no momento do parto, antes de serem *acolhidas*, foram rejeitadas por inúmeros hospitais. Os episódios foram vistos como absurdos, principalmente por não envolverem apenas hospitais privados, mas também os públicos, que alegavam indisponibilidade de leitos. A Dra. Frida esperou a agitação acalmar e asseverou que *tais absurdos* não poderiam se repetir. Ela lembrou que o principal objetivo da *Rede Cegonha* era garantir a *integralidade* e a *continuidade do cuidado*, que, neste caso específico, significavam tão somente

garantir à gestante um lugar onde seu filho pudesse nascer. Para isso, era preciso *captar* as gestantes e *vinculá-las ao* sistema, definindo, desde a gravidez, o lugar onde o parto seria realizado. Para que isso acontecesse, era fundamental que as *UBS* se encontrassem *articuladas* com os hospitais e as maternidades.

Finalmente, a Dra. Frida passou a comentar o quarto problema dos serviços de atenção à saúde materno-infantil: *as práticas de parto e nascimento inadequadas e sem base em evidências científicas*. As *práticas inadequadas de parto e nascimento* foram atribuídas a causas variadas, todas relacionadas a um *modelo inadequado de atenção ao parto e nascimento*. Conforme se lia no slide, o *modelo de atenção inadequado* era marcado por “medicalização, intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, prática abusiva de cesariana, falta de privacidade e desrespeito à autonomia e aos direitos da gestante”. Representando 40% dos partos realizados no país, o *abuso das cesarianas* foi causa de mais uma pausa para exclamações e comentários paralelos. Era uma das maiores taxas de cesárea do mundo, comentava-se, e o pior é que em grande parte por culpa dos médicos.

A Dra. Frida explicou que as *práticas inadequadas de parto e nascimento* poderiam ser atribuídas a problemas de várias naturezas: em primeiro lugar, existia um *déficit de infraestrutura*, pois muitos hospitais possuíam *ambiência inadequada e equipamentos desatualizados*. Sem uma infraestrutura adequada, prosseguiu, a realização das *boas práticas* se tornava impossível. Em segundo lugar, havia um problema de *capacitação* dos profissionais, pois os currículos de muitas instituições encontravam-se defasados, demasiadamente atrelados a aspectos estritamente técnicos dos procedimentos, sem abordar temas da saúde pública, da *humanização do cuidado* e da *relação sujeito-sujeito com o paciente*. Os currículos não preparavam o profissional para compreender e para interagir com os usuários do SUS considerando-os em suas *dimensões biológica, psicológica e social*.

Nesse momento, uma técnica da Coordenação da Atenção à Saúde da Mulher pediu a fala. Relatou que quando ainda atuava como enfermeira *na ponta*, fazia o máximo

para promover a *atenção integral e multidisciplinar* a seus pacientes. O trabalho, porém, era frequentemente dificultado pelos médicos, que tendiam a agir como chefes – mesmo não o sendo – e se recusavam a participar das *equipes multiprofissionais* e a discutir os casos com outros profissionais.

Novamente, como acontecia cada vez que se tangenciavam os assuntos polêmicos, uma agitação tomou conta da sala de reuniões. Um dos médicos presentes, o Dra. Bruno, um homem de aproximadamente 60 anos, que já havia ocupado inúmeros cargos no Ministério da Saúde e naquele momento estava lotado como assessor especial na Secretaria Executiva, fez lembrar que nem todos os médicos se comportavam daquela maneira. Ainda assim, afirmou concordar com a *necessidade urgente* de se realizar uma revisão das grades disciplinares dos cursos de medicina e dos demais cursos da saúde. Era preciso introduzir mudanças ao menos nas Universidades Públicas, argumentou, que muitas vezes não ministram sequer uma disciplina sobre o *SUS* ou sobre a Saúde Pública. Ele explicou que a *Secretaria Executiva* e a *SGETS* (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde) estavam começando a pensar uma política que pudesse suprir aquela lacuna. A tarefa não seria fácil, ponderou, devido à resistência da própria classe médica, que não veria com bons olhos a intromissão do Ministério da Saúde em seus currículos e práticas disciplinares.

Após a fala do médico e dirigente, diferentes profissionais – enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, nutricionistas e assistentes sociais – apresentaram depoimentos sobre as dificuldades que, quando *na ponta*, enfrentaram ao se relacionar com os médicos. Foi preciso a intervenção da Dra. Margareth para encerrar o que ela nomeou como um desvio do tema principal. Ela pediu que não convertessem aquele fórum em espaço para discussão de *desavenças* e *antipatias entre categorias profissionais*. O objetivo da política era justamente superá-las. Além disso, argumentou que uma cultura comum a todos os profissionais de saúde precisava ser transformada e citou o costume de se ter três ou mais empregos

muitas vezes em dias intercalados, dificultando o vínculo e a responsabilidade para com os pacientes.

Os ânimos se acalmaram e a Dra. Frida retomou sua apresentação. Havia parado na enumeração das causas que contribuem para as *práticas inadequadas do parto e nascimento*. Até esse momento, já havia mencionado todas as causas diretamente relacionadas ao ambiente hospitalar, onde ocorre o parto: os *problemas de infraestrutura*, o *modelo de atenção equivocado*, a falta de *qualificação dos profissionais* e a *baixa capacidade de gestão* de algumas unidades hospitalares. Para finalizar a enumeração das causas, apontou então causas mais genéricas, mas, conforme enfatizou, não menos importantes: a *baixa escolaridade e a vulnerabilidade social*, ou seja, os *condicionantes sociais da saúde*; a *ineficiência na alocação dos recursos públicos*; e, finalmente, a *baixa capacidade institucional do SUS*, com uma *rede fragmentada e pouco resolutive*.

Nesse ponto, a Dra. Frida foi interrompida por Bia, uma enfermeira de pouco mais de trinta anos, que assumiu a palavra para comentar sobre a *fragmentação do sistema*. Bia explicou que gostaria de tecer alguns comentários sobre os *avanços e as dificuldades* do SUS. Bia reiterou a constatação da Dra. Margareth, segundo a qual muitos princípios do SUS previstos pela Constituição de 1988, como o da *universalidade*, por exemplo, já haviam se tornado realidade. Lembrou ainda que outros princípios também já se faziam presentes na gestão e nas práticas cotidianas do *Sistema Único de Saúde*. A *participação social*, continuou, já havia se institucionalizado em um sistema estruturado e em funcionamento, sendo prática consolidada pelo trabalho dos *Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde*, pelo *Conselho Nacional de Saúde*, e pelas Conferências de Saúde. Também a *descentralização político-administrativa* havia se concretizado, continuou, já que no início de 2011 os únicos serviços de atenção à saúde administrados diretamente pelo governo federal eram os hospitais e institutos do Rio de Janeiro. Todos os demais, concluiu, já haviam sido descentralizados e eram geridos por estados e municípios.

Outras pessoas tentaram comentar os pontos enumerados por Bia, mas ela não lhes concedeu a fala. Continuou. Dois princípios, conforme argumentou, haviam se mostrado de difícil concretização. Para ela, a *integralidade da atenção* e a *regionalização dos serviços* (ideia associada ao *princípio da descentralização*) encontravam-se estreitamente relacionados e, naquele momento, representavam o maior desafio enfrentado pelo SUS.

A *integralidade do cuidado*, conforme explicou, depende da capacidade dos serviços de oferecer um *cuidado continuado* aos usuários – da *promoção e prevenção à saúde*, passando pelo *diagnóstico e tratamento*, até a *reabilitação*. Hoje, continuou, o SUS possui bons *serviços de saúde*, bons *pontos de atenção*, mas eles conversam pouco entre si. Para *fazer o usuário circular na rede* – e é isso que garante a *integralidade*, enfatizou – para fazer o usuário circular, era preciso colocar os serviços para conversar. Era este o objetivo das *Redes de Atenção à Saúde: colocar os serviços para conversar numa perspectiva regionalizada de saúde*. Bia fez ímpeto de continuar a exposição, mas viu que já havia falado por tempo considerável. Concluiu rapidamente afirmando que, sem *regionalização*, também não haveria *integralidade*, pois seria absolutamente inviável um sistema de saúde em que cada um dos 5.564 municípios financiassem e administrassem em seu próprio território todo o conjunto de serviços imprescindíveis para cobrir as necessidades de saúde de sua população. Como cada *nível de atenção* possuía *áreas de abrangência* distintas e deveria cobrir *volumes populacionais variados*, era importante a realização de um planejamento regional dos serviços de saúde.

Antes de continuarmos a descrição da reunião, a seção seguinte esclarecerá o que são as *Redes de Atenção à Saúde*.

4. AS REDES INTEGRAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

As *Redes (Integradas/Regionalizadas) de Atenção à Saúde* são apresentadas na literatura da saúde pública e nas falas de profissionais, dirigentes e militantes da saúde como a maneira pela qual o *princípio da integralidade* pode ser traduzido e materializado na organização dos *serviços* e das *ações de saúde*. As definições de *Redes* são inúmeras, mas apontam para os mesmos aspectos fundamentais.

A Organização Mundial de Saúde define as *Redes Integradas de Serviços de Saúde* como:

“la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles e sitios de atención del sistema de salud, y de acordó a sus necesidades a lo largo del curso de vida” (OPAS, 2008, p.29).

Shortell elabora duas definições, uma ampla e outra sucinta. Na definição sucinta, apresenta as *Redes* como “o conjunto de organizações que provê atenção coordenada de uma série de serviços de saúde a uma determinada população, e que é responsável pelos custos e resultados de saúde dessa população (Shortell, 1996). Na definição abrangente, caracteriza as *Redes* como “uma rede de organizações que provê, ou faz arranjos para prover um *continuum* coordenado de serviços de saúde a uma população definida e que está disposta a prestar conta por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (apud Kuschnir & Chorny, 2010, p.2312). A definição de Shortell é a mesma adotada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

Mendes, pesquisador da saúde pública no Brasil e autor de inúmeros livros e artigos sobre as *Redes de Atenção*, também apresenta uma definição restrita e outra mais

abrangente. Na versão reduzida, define *Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde* como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão que buscam garantir a integralidade do cuidado (Mendes, 2011, p.84). Na versão abrangente, afirma:

“As redes de Atenção à Saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada o tempo certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada” (Mendes, 2010, p.2300).

As concepções de Mendes, que já trabalhou no Ministério de Saúde e hoje vincula-se à pasta como consultor, parecem ter informado a definição adotada pela Portaria GM Nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, “que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS”. O anexo da portaria traz uma definição de *Redes* idêntica àquela elaborada pelo autor.

Kuschnir & Chorny (2010, p.2313) referiram-se ao conceito de *Rede* como um “pântano acadêmico de definição e análise conceitual”, “uma torre de babel”. No entanto, apesar das diferentes definições, é possível identificar uma constância naquilo que todas prescrevem como as características fundamentais ou os elementos constituintes das *Redes de Atenção*. Sistematizei-os em número de quatro.

O primeiro elemento que compõe as *Redes* são os espaços territoriais e suas populações. Assim, uma *Rede de Atenção à Saúde* refere-se sempre ao conjunto de serviços de saúde de um território específico. Espera-se que as *Redes de Atenção* sejam planejadas para responder às demandas e às *necessidades de saúde* da

população sob sua *cobertura* (Silva, 2011, p.2756; Mendes, 2010, p.2300). Mendes (2010, p.2301) enfatiza, ainda, a importância das populações serem cadastradas em sistemas de informação e classificadas em *subpopulações*, segundo critérios de *ciclo de vida* (crianças, mulheres em idade fértil, idosos) ou de *risco sanitário* (diabéticos, hipertensos, obesos etc.). Desse modo, uma população localizada em território específico e com suas *necessidades de saúde* conhecidas é o ponto de partida para a elaboração e implementação de uma *Rede de Atenção à Saúde*.

O segundo elemento constituinte das *Redes Integradas/Regionalizadas de Atenção à Saúde* são os *serviços de saúde* efetivamente ofertados no território, bem como outros serviços que de alguma forma apoiem o funcionamento dos primeiros. Mendes (2010, p.2301) refere-se ao esse conjunto de serviços como “a estrutura operacional da Rede”, composta de dois elementos: os “nós” e as conexões entre os nós. Os “nós” correspondem aos *estabelecimentos de saúde* e as conexões entre os nós dizem respeito a “ligações materiais e imateriais” que garantem a coordenação do fluxo de pessoas/usuários e de informações entre os “nós”. Para o autor, a “estrutura operacional das Redes de Atenção” é composta por quatro elementos: os “pontos de atenção”, os “sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico”, “os sistemas logísticos” e o “componente da governança”¹⁹.

Os *pontos de atenção* correspondem aos *estabelecimentos e serviços* de saúde onde os usuários são acolhidos pelos profissionais de saúde e onde efetivamente recebem *assistência*. São os locais para onde os usuários se dirigem a fim de resolver os seus problemas e as suas *necessidades de saúde*: as *Unidades Básicas de Atenção* (ou *postos de saúde*), os ambulatórios, as *Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)*, os hospitais etc. Como já visto, no SUS, os *pontos de atenção* (ou *estabelecimentos de*

¹⁹ Mendes (2010) considera o “sistema de governança” como parte da “estrutura operacional da rede”. Considerando que no caso aqui apresentado o “sistema de governança” corresponde, na verdade, à arquitetura institucional e interfederativa de distribuição de autoridade e responsabilidades do Sistema Único de Saúde, achei mais pertinente considerá-la como um componente à parte, como o faz Silva (2011).

saúde) são classificados conforme o *nível de complexidade dos serviços e das ações de saúde* que oferecem, compreendendo a *atenção básica, a média e a alta complexidade* – ou *atenção primária, secundária e terciária*. Para ser completa, a *Rede de Atenção* deve compor-se de *pontos de atenção* de todos os níveis de complexidade.

Os SADT (Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico) são serviços de apoio aos *pontos de atenção* e, do ponto de vista de sua localização física, muitas vezes se confundem com eles – por essa razão, quando falarmos em *ponto de atenção* e/ou em *estabelecimentos de saúde* também estaremos nos referindo aos *Sistema de Apoio*. O *SADT* abrange tanto os serviços de *diagnóstico*, responsáveis pela elaboração dos exames, como também os serviços de *farmácia*, responsáveis pela *dispensação de medicamentos*. Os serviços de *diagnóstico* podem ser divididos em *serviços de patologia clínica*, mais comumente conhecidos como os “exames de laboratório” e os *serviços de diagnóstico por imagem*, referente a exames como raios-x, ultrassonografia, tomografia etc.

Na perspectiva da organização dos serviços de saúde em *Redes de Atenção*, a *integralidade do cuidado* é garantida quando, para obter resposta a seus problemas e *necessidades de saúde*, o usuário consegue circular por todo o sistema. Isto é, a *integralidade* depende do *acesso* a todos os *pontos de atenção* que oferecem as *ações e serviços* de saúde de que o usuário necessita – da *atenção básica* à *alta complexidade*, do diagnóstico aos recursos terapêuticos. Para que isso aconteça, os *pontos de atenção* e as relações entre eles – as *grades de referência e contra-referência* – precisam ser organizados e coordenados, pois a circulação do usuário deve obedecer um determinado padrão (ou *protocolo*).

Os *sistemas logísticos*, que também constituem a “estrutura operacional das *Redes de Atenção*”, são os responsáveis por conectar os *pontos de atenção* e por garantir o fluxo de pessoas e de coisas pelo sistema. Eles organizam o fluxo de pacientes, de informações e de produtos pelos diferentes *pontos de atenção*. Nas discussões sobre os sistemas logísticos que iriam compor as *Redes de Atenção* então formulação,

destacavam-se: o sistema de transporte; a *regulação do acesso* às internações e às consultas; o *cartão SUS* e os sistemas de informação do Sistema Único de Saúde.

Uma estrutura de planejamento, organização e comando é apresentada como indispensável para fazer funcionar de forma coordenada a oferta de *ações de saúde* pelos *pontos de atenção, pelo SADT* e a oferta de apoio logístico. Kuschmir & Chorny afirmam que

“Do ponto de vista da gestão do sistema, todos os serviços – tanto curativos quando preventivos – estariam intimamente coordenados sob uma única autoridade de saúde para cada área. É indispensável a unidade de ideias e propósitos, assim como a comunicação completa e recíproca entre os hospitais, os centros de saúde secundários e primários e os serviços domiciliares, independentemente de que os centros estejam situados no campo ou na cidade” (2010, p.2308).

Assim, o terceiro elemento considerado como fundamental para a constituição das *Redes Integradas/Regionalizadas de Atenção à Saúde* é o *Sistema de Governança*, “um conjunto dos arranjos institucionais necessários para a cooperação das instituições, organizações e atores sociais e políticos que participam das redes de atenção à saúde” (Silva, 2011, p.2756). Trata-se de um arranjo para gerir e coordenar os diversos componentes das *Redes de Atenção*, fazendo com que cada elemento – isto é, cada *ponto de atenção*, de *apoio* ou serviços logísticos – funcione de forma cooperativa, contribuindo para o objetivo final da *Rede*. Como veremos no último capítulo desta tese, para as *Redes de Atenção* concebidas pelo Ministério da Saúde, a estrutura de *governança* era um dado e se confundia com os *arranjos interfederativos* e com a estrutura de comando do próprio *Sistema Único de Saúde*.

O quarto elemento constitutivo das *Redes de Atenção* é o *modelo de atenção*. Trata-se de um modelo para organizar os *serviços* e as *práticas dos profissionais de saúde*. O *modelo de atenção* defendido por dirigentes e profissionais com quem convivi no

Ministério da Saúde tem dois fundamentos. Em primeiro lugar, assenta-se sobre o princípio da *integralidade*. Em segundo lugar, concebe *atenção básica* como o *centro de comunicação das Redes*, responsável por coordenar os fluxos de contra-fluxos dos usuários no interior do sistema (Kuschnir & Chorny, 2010, p.2308; Mendes, 2010, p.2300-2301; Silva, 2011, p.2756). Nesse modelo, a Unidade Básica de Saúde é entendida como a principal *porta de entrada* do Sistema Único de Saúde. Considera-se que é por intermédio da Atenção Básica que os usuários devem acessar o Sistema, sendo os profissionais da Atenção Básica responsáveis por coordenar o cuidado e por ordenar o acesso dos usuários aos demais pontos de atenção.

De forma sucinta, podemos afirmar que as *Redes de Atenção à Saúde* destinam-se a responder às *necessidades e às demandas de saúde* de uma população específica, localizadas em território específico. Com essa finalidade, as *Redes* devem ofertar uma gama variada de *serviços de saúde* – da *atenção básica à alta complexidade*, do *diagnóstico* aos *serviços terapêuticos* – e deve assegurar, por intermédio dos *sistemas logísticos*, que os usuários tenham acesso e circulem por cada serviço de que necessite. No modelo de atenção defendido pelo Ministério da Saúde, os profissionais da Atenção Básica devem ser responsáveis por assegurar o acesso e coordenar o fluxo dos pacientes pelos vários pontos de atenção da Rede, sem permitir que fiquem *soltos* ou que *derivem* pelo sistema.

Mais que uma teoria sobre a estruturação e a organização dos *serviços de saúde*, a noção de *Redes de Atenção à Saúde* orientou o desenvolvimento das reuniões e todo o processo de formulação da política da *Rede Cegonha*. Cada momento da formulação da política tem como pano de fundo as redes e destina-se à definição de seus elementos.

5. AS DIRETRIZES E OS OBJETIVOS DA REDE CEGONHA

Expostos os problemas e suas causas, a Dra. Frida avançou nos slides. Explicou que a exposição já estava no fim, faltando apenas a apresentação das *diretrizes gerais* e dos *objetivos* da *Rede Cegonha*. Na televisão, o slide trazia escrito em caixa alta “Diretrizes para conformação da Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança”. Uma assessora do Gabinete do Ministro fez um comentário sobre o título do slide, sugerindo alterá-lo para “Diretrizes para a Conformação da Rede Cegonha”. Após concordar com a alteração, a Dra. Frida passou à explicação das diretrizes.

A primeira *diretriz* consistia no “Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pré-natal”. A *diretriz* tinha o objetivo de pôr fim à dificuldade de acesso ao pré-natal e de garantir que as gestantes fossem *acolhidas* e acompanhadas pelas profissionais de saúde da atenção básica ao longo de toda a gestação. A Dra. Frida observou que, como sugerido, acrescentaria a palavra *vulnerabilidade* após a palavra risco.

A segunda *diretriz* visava atacar o problema da *peregrinação das gestantes no momento do parto* e consistia na “Garantia da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro”. Nesse momento, Bia interrompeu novamente para enfatizar tratar-se de uma das diretrizes fundamentais da política que se construía. Isso porque, conforme explicou, a *vinculação da gestante ao local do parto* significava muito mais que o fim da peregrinação da gestante. Significava, enfim, que ela havia sido *acolhida* no pré-natal, havia sido acompanhada pelos profissionais da atenção básica e havia sido *encaminhada* para o local do parto. Significava que os *serviços de pré-natal da atenção básica* estariam funcionando de forma *articulada e coordenada* com os *serviços da atenção hospitalar*.

A Dra. Frida concordou com Bia, repetindo mais uma vez o objetivo fundamental das *Redes de Atenção à Saúde: superar a fragmentação do sistema, articular os pontos de atenção e garantir a integralidade do cuidado*. Por outro lado, a Dra. Frida lembrou

que a *integralidade da atenção* também dependia de outros fatores: era crucial que se transformasse o *modelo de atenção vigente e hegemônico*. As “boas práticas na atenção ao nascimento”, terceira diretriz enumerada, visava justamente incentivar a substituição de um o *modelo biologizante* por um *modelo de atenção humanizada*, recuperando a *subjetividade e a autonomia da mulher*. A *diretriz* destacava a importância das *equipes multiprofissionais* no momento do parto, pois era a presença de profissionais de múltiplas formações que asseguraria que a mulher fosse *acolhida e abordada* em sua *integralidade*, como um *ser biológico, psicológico e social*.

A Dra. Frida explicou que a quarta diretriz, “Garantia da Atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses”, também havia sido motivada pelo *princípio* da *integralidade*. Além do *enfoque multiprofissional* sobre a saúde da criança, a diretriz também apontava para a continuidade do cuidado, visto que, após nascer no hospital, um *ponto de atenção da média ou da alta complexidade*, a criança terá de ser *contra-referenciada* para a *Atenção Básica*, que deverá acompanhar seu crescimento e desenvolvimento.

Finalmente, a quinta e última *diretriz* estabelecia a “garantia de acesso às ações de planejamento reprodutivo” e foi a mais discutida. Todas as pessoas presentes concordavam tratar-se de uma diretriz fundamental. Algumas, porém, demonstraram insatisfação com o lugar marginal que o tema recebera no interior da política. Uma das profissionais da Coordenação da Atenção à Saúde da Mulher pediu a palavra e iniciou a intervenção pedindo desculpas pela sinceridade, mas precisava falar, justificando que aquilo lhe ia engasgado na garganta. Afirmou que não considerava de bom tom a Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher elaborar uma política pública cuja ênfase recaia exclusivamente sobre o *papel da mulher como parideira*. Exemplo disso era o lugar marginal que a política concedia ao *planejamento familiar*, bem como o silêncio em relação ao aborto, uma das grandes causas de *mortalidade materna* do país. Afirmou, ainda, que o nome *Rede Cegonha*

era inapropriado, pois evocava tudo de equivocado que se poderia dizer e afirmar sobre reprodução e a maternidade.

A intervenção foi recebida com silêncio. O assunto era demasiadamente delicado para gerar discussões paralelas e burburinhos. Naquela sala, muitas pessoas concordavam com os argumentos levantados, outras tantas discordavam, mas este parecia um ponto pouco aberto à discussão. A grande maioria das políticas públicas elaboradas e implementadas pelo Ministério da Saúde era discutida à exaustão: pormenores eram debatidos, posições divergentes confrontadas e decisões, na maioria das vezes, tomadas de forma coletiva. Como veremos no capítulo seguinte, as reuniões, debates e decisões compartilhadas eram constantes em todos os níveis da estrutura organizacional do Ministério. Havia, porém, alguns temas específicos, abundante e repetidamente discutidos nos corredores, na sala do café e nas conversas a portas fechadas que, aparentemente, não deveriam ser levantados em reuniões como aquela. O aborto parecia ser um deles.

O silêncio da sala foi quebrado por Luiza, uma mulher com pouco mais de trinta anos, que trabalhava como assessora direta do Gabinete do Ministro. Com modos delicados, Luiza pontuou que o tema do aborto era espinhoso e que aquele não era o fórum ideal para discuti-lo. Mencionou que a questão já havia aparecido na campanha presidencial e que, quem sabe, em algum momento, apareceria no Congresso. Por ora, porém, era melhor não pressionar, pois o tema encontrava-se *fora da agenda*. Não sem frustrações, o assunto foi encerrado.

A Dra. Frida retomou a palavra para dizer que a apresentação estava praticamente encerrada. Faltava apenas ler os objetivos da Rede Cegonha, o que fez em seguida. Eram três:

- “fomentar a implantação de um novo *modelo de atenção à saúde* da mulher e da criança, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de 0 a 24 meses”;

- (2) “organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil, para que garanta *acesso, acolhimento e resolutividade*”;
- (3) “reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal”.

Finda a apresentação, a Dra. Margareth abriu a inscrição para os comentários. Foram poucos, pois muitas pessoas já os havia feito ao longo da exposição. Uma das poucas pessoas a falar foi Luiza, assessora do Gabinete do Ministro. Ela elogiou a exposição e reiterou a importância da *construção coletiva da política*. Disse, porém, que ainda sentia falta de *pragmatismo e objetividade*. Lembrou que já se passara um mês desde que haviam dado início à discussão sobre os *princípios, as diretrizes e o diagnóstico da atenção à saúde materna e infantil* no país. Isso representava um grande avanço, ponderou, sobretudo por já ter-se definido os objetivos gerais da política em construção.

Por outro lado, continuou, estava na hora de pensar no *concreto, no prático*. Era preciso começar a pensar nas *maneiras de agir e de intervir*, pois a Rede Cegonha ainda carecia de *estratégias*: quais seriam efetivamente as *ações* daquela política? Quais seriam as *ofertas concretas* do Ministério da Saúde? O que o Ministério *entregaria* à sociedade? Luiza sugeriu que se acrescentasse à apresentação uma lista de todos os *pontos de atenção* acionados pela Rede – as *UBS* (Unidades Básicas de Saúde), as *maternidades de risco habitual*, as *maternidades com leito de alto risco* etc. Feito isso, pediu que se elencasse, para cada *ponto de atenção*, quais *ações* lhes caberia e quanto de *recurso* receberiam. O *Grupo Executivo* concordou e prometeu que, para a quarta-feira seguinte, a *demanda* de Luiza seria atendida.

Transcorridas mais de três horas de discussão, a sala de reuniões já havia se esvaziado e era chegado o momento de encerrar a reunião. A Dra. Margareth passou então aos *encaminhamentos*, isto é, às *demandas e tarefas* resultantes do encontro. Nesse dia, era apenas um: *definir as ações da política*. A Dra. Margareth reiterou que

o *encaminhamento* era de suma importância. No dia seguinte se reuniria com o Ministro com o objetivo exclusivo de conversar sobre a *Rede Cegonha*. O Ministro queria ver como andava a elaboração da política, pois a qualquer momento seria convocado a apresentá-la ao Ministro da Casa Civil e, em seguida, à Presidenta. Enfatizou que sabia que tomaria um *puxão de orelha* do Ministro, mas disse que prometeria a ele apressar o passo do processo. Para isso, precisava contar com a colaboração de todos os presentes. Tratava-se de uma política construída em grupo, no *coletivo*, e a contribuição de todos era essencial para o resultado. Finalmente, lembrou que a Casa Civil já havia sinalizado a inclusão da Rede Cegonha na *agenda* do mês da mulher e isso era mais um grande motivo para correr. Depois disso, deu a reunião por encerrada.

CAPÍTULO 2 – AS AÇÕES DA REDE CEGONHA

Este capítulo tem três objetivos. Como o anterior, ele descreve uma das reuniões de formulação da *Rede Cegonha*, o encontro dedicado à apresentação das *ações* previstas pela política. Quando o Comitê Gestor da *Rede Cegonha* começou a se reunir, ainda em janeiro de 2011, seus primeiros encontros foram dedicados a *diagnosticar* os problemas da *saúde materno-infantil* para, em seguida, definir as *diretrizes* e os *objetivos* da política que então se começava a constituir. Isso definido, as reuniões seguintes foram então dedicadas à concepção das *ações* que iriam compor a política. As *ações da política* são enunciados que caracterizam aquilo que a política irá efetivamente realizar, isto é, são enunciados que antecipam a realidade que será transformada. Elas explicitam a proposta do Ministério da Saúde, a forma como pretende mobilizar pessoas e recursos para intervir na realidade e alcançar os objetivos pretendidos. Neste capítulo, vamos conhecer as *ações* que compõem a *Rede Cegonha*.

O capítulo também objetiva apresentar a estrutura organizacional do Ministério da Saúde. A apresentação do *organograma* do Ministério visa a permitir que o leitor vislumbre a dimensão do órgão, os temas de que se ocupa e a variedade de atividades que se desenvolvem nas salas de seus prédios. Pretendo, com essa abordagem, contribuir para tornar mais inteligíveis e densas as falas e preocupações emitidas por dirigentes e profissionais do Ministério ao longo das reuniões. Dessa forma, espero que a compreensão da estrutura do Ministério acrescente mais camadas de sentido sobre o que no capítulo anterior descrevemos como o *princípio da integralidade*.

Finalmente, o capítulo apresenta de forma mais explícita a dinâmica do encontro semanal do Comitê Gestor da Rede Cegonha, bem como a dinâmica de outras reuniões que igualmente contribuíram para a formulação da política. Com isso, procuro mostrar como a Rede Cegonha foi sendo construída aos poucos, a partir da

circulação da apresentação do *Power Point* em diversos espaços, dentro e fora do Ministério.

1. A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Quatro encontros haviam se passado entre a reunião anteriormente descrita e esta que será relatada. Concluída a definição dos *princípios*, das *diretrizes* e dos *objetivos da Rede Cegonha*, as reuniões seguintes foram dedicadas à discussão sobre como *diretrizes* e *objetivos* poderiam se concretizar como intervenções efetivas sobre a realidade. Tal como os *princípios* e *diretrizes* do *Sistema Único de Saúde*, que precisavam ser *implementados* e/ou *operacionalizados*, também as *diretrizes* da *Rede Cegonha* precisavam ganhar outros contornos: ideias abstratas deveriam ser transformadas em esquemas e estratégias direcionados à ação. Exatamente como Luiza, assessora do *Gabinete do Ministro*, havia solicitado na última reunião, era preciso conferir *concretude* à política, traduzindo suas *diretrizes* e seus *objetivos* em um formato que orientasse a intervenção e colocasse em movimento a realidade que se desejava transformar. Essa tradução seria feita pela definição das *ações* da *Rede Cegonha*.

Se a primeira etapa das reuniões do *Comitê Gestor* foi dedicada à definição das *diretrizes* e dos *objetivos* da *Rede Cegonha*, a segunda etapa teve como tema a discussão das *ações* que iriam compor a política. As *ações* foram apresentadas em quatro ou cinco reuniões antes de serem definitivamente definidas. Foram criticadas, discutidas e retrabalhadas, sendo o resultado de aproximadamente quatro semanas de atividades, levadas a cabo por pessoas que serão igualmente apresentadas nas próximas páginas. Como veremos a seguir, as *ações* escolhidas para compor a Rede Cegonha são o produto *consolidado* de um trabalho reiterado de críticas, sugestões e de alterações realizadas sobre a versão original da *apresentação* – sobretudo por meio de inclusões e exclusões de termos e propostas.

Como de praxe, a reunião do *Comitê Gestor da Rede Cegonha* teve início com a apresentação de cada participante, que se identificou pelo nome, pelo órgão de origem (Secretaria, Diretoria e Coordenação) e pelo cargo, caso detentor de um *DAS*. Como também era de praxe, Dra. Margareth enfatizou a importância dos encontros e reiterou uma ideia que, naquele momento, começava a se tornar um bordão: a *fragmentação das políticas na ponta somente seria superada quando se superasse a fragmentação no interior do Ministério*. Por essa razão, enfatizou, era muito importante a presença de representantes de todas as Secretarias do Ministério nas reuniões do *Comitê Gestor da Rede Cegonha*.

Dra. Margareth passou então aos agradecimentos. Como fazia em todas as reuniões, agradeceu a presença de cada órgão do Ministério da Saúde que ali se encontrava representado: a *Secretaria Executiva*; a *SCTIE* (Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos), a *SESAI* (Secretaria Especial de Saúde); a *SGEP* (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa); a *SVS* (Secretaria de Vigilância em Saúde) e a *SGETS* (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde). Como também acontecia em todas as reuniões, não mencionou diretamente a *SAS* (Secretaria de Atenção à Saúde), pois fez referência a cada um dos órgãos que a compunha: agradeceu a presença do *DAB* (Departamento de Atenção Básica) e de suas Coordenações; do *DAE* (Departamento de Atenção Especializada) e de suas Coordenações; do *DAPES* (Departamento de Ações Programáticas Estratégicas) e de suas Coordenações; do *DCEBAS* (Departamento de Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde) e do *DARAS* (Departamento de Articulação das Redes de Atenção à Saúde).

O Ministério da Saúde é considerado uma estrutura organizacional grande e complexa – a maior da Esplanada, afirma-se. Ele abriga uma grande quantidade de órgãos, cada um com competências, atribuições e funções específicas. Conhecer essa estrutura, ainda que superficialmente, é fundamental para compreender o contexto dentro do qual a *Rede Cegonha* estava sendo formulada. Ao nos familiarizarmos com a estrutura organizacional do Ministério, passamos a compreender melhor o lugar

de fala dos participantes das reuniões: a diferença entre falar de dentro ou de fora da SAS; o peso atribuído às intervenções de dirigentes e às falas dos profissionais; as disputas e as tensões entre os órgãos do Ministério. Se é verdade que nas reuniões do *Comitê Gestor* todos tinham o direito a falar, também o é que alguns tinham mais legitimidade e autoridade que outros. Mais que isso, embora todos tivessem o direito a falar, poucos podiam fazer calar. Particpei de reuniões organizadas e coordenadas por outras Secretarias que não a SAS e parecia recorrente o fato de o anfitrião da reunião ter prerrogativas em relação aos demais participantes.

Além de elucidar os lugares de fala dos participantes das reuniões do *Comitê Gestor da Rede Cegonha*, conhecer a estrutura organizacional do Ministério da Saúde também nos ajuda a compreender as entrelinhas e a densidade de significados das intervenções realizadas pelos participantes. Espero, por exemplo, que as ideias de *fragmentação do sistema* e de *integralidade do cuidado* ganhem outras proporções ao final deste capítulo. Sendo assim, antes de prosseguir na segunda descrição do encontro do *Comitê Gestor da Rede Cegonha*, faremos uma breve parada, dedicada à apresentação da estrutura de órgãos e da distribuição de pessoas no interior do Ministério da Saúde.

A *estrutura organizacional* do Ministério da Saúde, como a dos demais Ministérios, é definida e regida por Decreto publicado pela Presidência da República. Com poucas exceções, os Ministérios possuem a mesma estrutura organizacional: no topo da hierarquia está o Gabinete do Ministro, ao qual a Secretaria Executiva encontra-se vinculada e subordinada. Subsecretarias e Departamentos que exercem funções de gestão e de articulação consideradas como estratégicas vinculam-se diretamente ao Gabinete do Ministro e à Secretaria Executiva – como por exemplo, a Consultoria Jurídica e os órgãos responsáveis pelo Planejamento e pelo Orçamento²⁰. A pirâmide

²⁰ De acordo com o Decreto 7.336 de 19 de outubro de 2010, vigente no primeiro semestre de 2011, o Gabinete do Ministro encontravam-se no mesmo nível hierárquico, estado Consultoria Jurídica em um nível abaixo. O Gabinete do Ministro encontrava-se dividido em cinco unidades: Coordenação-Geral do Gabinete do Ministro; Assessoria de Assuntos

organizacional do Ministério segmenta-se a partir do Gabinete do Ministro e da Secretaria Executiva, multiplicando-se e especializando-se no sentido descendente da hierarquia. As Secretarias situam-se hierarquicamente logo abaixo do Gabinete do Ministro e da Secretaria Executiva. Subordinados às Secretarias, encontram-se os Departamentos e, na hierarquia imediatamente inferior, as Coordenações.

Nos diversos órgãos do Ministério da Saúde – secretarias, departamentos e coordenações – trabalhavam pessoas com vínculos empregatícios diversos, que no primeiro semestre de 2011 poderiam ser divididos em quatro grupos: os *concurados*, os *temporários*, os *consultores* e os *comissionados*. Os *concurados* eram os profissionais ocupantes de *cargos efetivos*, isto é, haviam passado por um concurso público para se tornarem servidores do Ministério da Saúde. Encontravam-se distribuídos sobretudo entre dois cargos: os ocupantes do *Plano Geral de Cargos do Poder Executivo (PGEPE)*; e os ocupantes da Carreira da Previdência, Saúde e Trabalho (CPST). Os *servidores temporários* também haviam passado por um processo de seleção, mas seus contratos tinham duração de até três anos, prorrogáveis por mais três. Finalmente, os *consultores* eram contratados por intermédio da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), com a finalidade de elaborar *produtos específicos*, ou seja, trabalhos pontuais como pesquisas ou relatórios encomendados. No entanto, devido à alegada *falta de pessoal* no Ministério da Saúde, os consultores desempenhavam funções rotineiras, como se concursados fossem, e seus contratos eram reiteradamente renovados²¹.

Internacionais de Saúde; Assessoria de Comunicação Social; Assessoria Parlamentar; Assessoria de Relações Públicas e Cerimonial. A Secretaria Executiva se subdividia nas seguintes unidades: Coordenação-Geral de Inovação Gerencial; Subsecretaria de Assuntos Administrativos; Subsecretaria de Planejamento e Orçamento; Departamento de Informática do SUS- DATASUS; Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde; Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada; Departamento de Logística em Saúde; Departamento de Economia em Saúde e Desenvolvimento; Núcleos Estaduais. Finalmente, a Consultoria jurídica dividia-se em duas unidades: Coordenação-Geral de Assuntos Jurídicos e Coordenação-Geral de Acompanhamento Jurídico.

²¹ No primeiro semestre de 2011, era disseminada a ideia segundo a qual o Ministério vivia uma *crise do ponto de vista de seu quadro de pessoal*. Os *temporários* em exercício tinham

Embora existissem exceções à regra, havia um estigma associado a cada vínculo empregatício dos trabalhadores do Ministério. Os *concurados* do PGEPE e da Previdência recebiam uma remuneração inferior à de *temporários* e de *consultores* e na SAS eram comumente alocados em atividades administrativas, voltadas para a gestão interna do Ministério, em contraposição às *atividades-fim*, mais diretamente relacionadas às políticas públicas de saúde. Não raro, fazia-se referência a eles como *administrativos ou burocráticos*, dando a entender que se ocupavam de atividades inferiores na hierarquia de valores que vigia entre os profissionais do Ministério.

No primeiro semestre de 2011, na SAS, a maioria dos *consultores* e dos profissionais de *contratos temporários* recebia remuneração aproximadas e exercia atividades relacionadas à elaboração e à implementação de políticas públicas de saúde. No entanto, não raro, os *consultores* eram mais próximos dos dirigentes e, por isso, assumiam mais responsabilidade e, conseqüentemente, acabavam recebendo uma carga maior de trabalho. Duas razões parecem explicar a aproximação entre *dirigentes* e *consultores*. Em primeiro lugar, como os contratos dos *consultores* precisavam ser recorrentemente renovados, eles se encontravam em uma situação de insegurança que não existia para os *concurados* (mesmo aqueles de concursos temporários). Ao contrário dos últimos, os *consultores* podiam ser mais facilmente mandados embora. A segunda razão que explica a aproximação entre *consultores* e *dirigentes* – a meu ver, mais significativa que a primeira – é a forma como os *consultores* são selecionados e contratados.

Os concursos e seleções para cargos públicas devem obedecer o princípio constitucional da *impressoalidade*, que estabelece que, na Administração Pública, os

apenas mais dois anos de contrato e os consultores trabalhavam sob um regime jurídico que se desejava substituir, pois havia sido condenado como ilegal pelo *Tribunal de Contas da União*. Com efeito, no segundo semestre de 2012 foi realizado um concurso público para o Ministério da Saúde, cujo objetivo era substituir por servidores efetivos todos os *consultores* contratados por intermédio de organismos internacionais – no caso, a Organização Pan-Americana de Saúde.

negócios da vida privada (interesses simpatias e amizades) não devem interferir na gestão da coisa pública. Desse modo, os concursos públicos, realizados por banca desvinculada do Ministério, selecionam anonimamente os candidatos que alcançam o melhor desempenho, medido por uma escala de pontuação previamente definida pela banca. Por outro lado, *impessoalidade* e anonimato não desempenham o mesmo papel no processo de contratação de *consultores*. Nesse caso, os currículos são avaliados *diretamente* pelos dirigentes e, não raro, os candidatos são convocados para a realização de entrevistas. Como resultado, os *dirigentes* podem contratar os *consultores* que, na sua perspectiva, mais se adequam às atividades a serem desempenhadas. Mais que isso – e provavelmente mais decisivo – os *dirigentes* podem escolher profissionais que já tenham experiências de trabalho no *SUS* e que também se sintam tocados e mobilizados pela *causa da saúde pública no Brasil*. Com efeito, a grande maioria dos *consultores* que trabalhavam na *SAS* no primeiro semestre de 2011 tinha *experiência da ponta* e se considerava como militantes a favor da causa do *SUS*.

Finalmente, o quarto vínculo empregatício das pessoas que trabalhavam no Ministério da Saúde era aquele de *dirigentes* e *assessores*, isto é, dos detentores de *Cargos em Comissão*, e cada órgão do Ministério (secretarias, departamentos e coordenações) dispunha de um conjunto deles. Os *cargos em comissão* são de caráter provisório e destinam-se apenas às atribuições de direção, chefia e assessoramento. Também conhecidos na Esplanada dos Ministérios como *DAS*, variam em direitos e deveres em conformidade com a hierarquia das unidades às quais se vinculam. OS *DAS* de chefia podem ser 101.1, 101.2, 101.3, 101.4, 101.5 e 101.6. Igualmente, os *DAS* de assessoramento variam de 1 a 6 – 102.1, 102.2, 102.3, 102.4, 102.5 e 102.6 – e as remunerações são idênticas às dos cargos de chefia²². Em

²² De acordo com a Tabela de Remuneração de Servidores Públicos Federais Nº 59, publicada em julho de 2012 (p.560), as remunerações dos Cargos em Comissão eram as seguintes: DAS 101.1 e 102.1: R\$ 2.115,72; DAS 101.2 e 102.2: 2.694,71; DAS 101.3 e 102.3: 4.042,06; DAS 101.4 e 102.4: 6.843,76; DAS 101.5 e 102.5: 8.988,00; DAS 101.6 e 102.6: 11.179,36. A maioria dos *cargos de comissão* de chefia era ocupada por médicos que em seu

contraposição ao *cargos efetivos*, reservados aos aprovados em concurso público, os *cargos em comissão* podem ser ocupados por qualquer pessoa indicada pelo Ministro ou por outro *dirigente*²³.

A distribuição dos cargos comissionados acomodam-se às hierarquias da estrutura organizacional do Ministério. Desse modo, os Secretários encontram-se investidos em cargos de *DAS* 101.6, os Diretores de Departamentos em cargos de *DAS* 101.5, os Coordenadores em cargos *DAS* 101.4. OS *DAS* dos assessores reproduzem o nível hierárquico dos *DAS* dos dirigentes ou encontram-se em nível abaixo daquele. Essa estrutura, como mencionamos, não é especificidade do Ministério da Saúde e reproduz-se em toda a Esplanada dos Ministérios, como é chamada a avenida central da capital federal onde se localizam as sedes dos Ministérios²⁴.

Os detentores de *cargos de confiança* (dirigentes e assessores) são trocados com frequência. Assume-se que cada dirigente tem o direito de trabalhar junto a uma

município ou estado de origem também ocupavam cargos públicos como concursados. Assim, os médicos-dirigentes podiam somar os salários recebidos em seus locais de origem com a remuneração recebida pelo *DAS* ocupado pelo Ministério. Lamentava-se frequentemente a dificuldade para levar médicos-dirigentes para Brasília, pois afirmava-se que a remuneração dos *cargos comissionados* era inferior ao salário de médicos, tornando o cargo desinteressante para aqueles que não pudessem acumular a remuneração do *DAS* com os salários recebidos como servidor.

²³ A Emenda Constitucional Nº 19, publicada em 04 de junho de 1998, determina que um número mínimo de cargos em comissão seja ocupado por servidores concursados, mas a norma é descumprida em todos os Ministérios da Esplanada, inclusive no Ministério da Saúde.

²⁴ Existiam cargos inferiores aos *DAS* 101.3 e 102. 3, mas não eram alocados a cargos de chefia. De acordo com o Decreto vigente no primeiro semestre de 2011, a Secretaria de Atenção à Saúde não possuía nenhum cargo de *DAS* 101.3 e apenas três de *DAS*. 102.2, que, na letra da lei, eram atribuídos a cargos de *chefe de divisão*. No tempo em que estive na Secretaria, porém, nunca vi ninguém se apresentar ou ser apresentado como *chefe de divisão*. Como acontecia com os demais *DAS* de nível 1 e 2, os cargos eram provavelmente ocupados por pessoas que desempenhavam funções de secretário(a) e assistente, ou eram utilizados para complementar a renda de consultores.

equipe de sua confiança, *afinada* com sua forma de trabalho e com as propostas que pretende defender e implementar. O Ministro, no topo da hierarquia do Ministério, deve poder escolher seus assessores e os sete Secretários do Ministério que irá administrar. Os Secretários, por sua vez, devem poder escolher os Diretores com quem gostariam de trabalhar; e os Diretores devem poder escolher os Coordenadores. Na prática, porém, o que se verifica é que a distribuição dos cargos, sobretudo daqueles mais altos na hierarquia, tende a resultar de amplas negociações, de modo que os nomes indicados refletem a distribuição de poderes internas ao partido governante e a seus aliados – e que não raro coincide com a distribuição de poderes entre estados do país.

Um aspecto peculiar ao Ministério da Saúde é que, além da representatividade partidária, era desejável que os nomes indicados para ocupar os *cargos em comissão* fossem igualmente reconhecidos por sua atuação na saúde pública. Assim, esperava-se que as pessoas escolhidas para ocupar esses cargos fossem reconhecidas ou por seus trabalhos teóricos e intelectuais ou por ter gerido de forma notável o sistema de saúde público de algum estado ou município do país. Muitas vezes, tratava-se de lideranças reconhecidas em seus locais de origem – o que, como veremos adiante, era fundamental para a construção de eficácia para as políticas elaboradas pelo Ministério. Desse modo, era comum que os ocupantes de *cargos em comissão* não fossem pessoas de Brasília. Estavam de passagem não apenas pelo Ministério da Saúde, mas também pela cidade.

No primeiro semestre de 2011, tempo em que participei das reuniões do *Comitê Gestor da Rede Cegonha*, estava em vigência o *regimento interno do Ministério da Saúde* publicado pelo Decreto 7.336, de 19 de outubro de 2010²⁵. Em conformidade

²⁵ Naquele momento, um novo *regimento interno* já havia sido elaborado e encaminhado à Presidência da República. Aguardava-se então a sua publicação. Entre o ano de 1990 (data da Lei Orgânica da Saúde) e o ano de 2012, quinze Decretos Presidenciais foram publicados com o objetivo de, conforme declarado na epígrafe das normas: “Aprovar a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas

com o Decreto 7.336, o Ministério da Saúde encontrava-se dividido em seis *Secretarias*, que na linguagem corrente do dia a dia de trabalho eram sempre referidas por suas siglas: *SGETS*, *SCTIE*, *SGEP*, *SVS*, *SESAI* e *SAS*. subordinadas ao *Gabinete do Ministro* e à *Secretaria Executiva*, as seis Secretarias ocupavam – ao menos formalmente – a mesma posição na estrutura hierárquica da pasta.

Para um observador que desconhece os valores e as categorias da cosmologia do mundo da saúde pública no Brasil, a divisão das Secretarias, suas competências e suas atribuições parecem não obedecer a um critério específico. Não obstante, expressam e mimetizam (sem exaurir) categorias estruturantes do universo da saúde pública. Em grande medida, a segmentação dos órgãos do Ministério da Saúde refletem os *princípios* e/ou os *objetivos* do Sistema Único de Saúde, expressos nos parágrafos 5º, 6º e 7º da Lei 8.080. Desse modo, a estrutura organizacional do Ministério da Saúde encarna, ela também, a herança deixada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e pelos valores e diretrizes defendidos pela Reforma Sanitária, como se cada órgão fosse responsável por transformar em realidade um dos princípios/diretrizes fundamentais identificados pelo movimento sanitário brasileiro das décadas de 1970 e 1980.

É interessante notar como a estrutura organizacional do Ministério da Saúde é, ao mesmo tempo, uma burocracia racional e funcional, tal como descrito por Weber

do Ministério da Saúde (...). Uma leitura rápida dos Regimentos do Ministério permite notar que o número de subunidades aumentou consideravelmente ao longo dos anos. Nesses 15 anos, o número de Secretarias aumentou de 2 para 6, de modo que funções antes atribuídas a Departamentos passaram a ser tema exclusivo de novas Secretarias. **O mesmo movimento aconteceu com atribuições compartilhadas por um único Departamento, que em muitos casos foram distribuídas em dois ou três órgãos diferentes. Assim, concomitantemente à segmentação e ao aumento considerável do número de órgãos, as unidades foram também se tornando cada vez mais especializadas.** As alterações da *estrutura organizacional* do Ministério da Saúde certamente refletem os momentos pelos quais passou a *implantação* do SUS. Seria interessante compará-los, mas a análise extrapola o escopo deste trabalho

(1982), mas, além disso, é também uma segmentação baseada em aspectos simbólicos. Vale aqui o que nos fala Leach (1996), sobre a ação, que, na sua concepção, é a um só tempo técnica (direcionada para a realização e consecução de determinados fins) e simbólica (orientada por concepções de mundo e valores). Tudo se passa como se os princípios fundantes do Sistema Único de Saúde fossem incorporados e materializados pela estrutura organizacional do Ministério. Dada a distribuição espacial das Secretarias pelos prédios que abrigam a pasta, tudo se passa como se cada andar, cada corredor, cada sala de trabalho se tornasse o ambiente onde diariamente são atualizados, implementados e operacionalizados os princípios, valores e objetivos do SUS.

Como vimos no capítulo anterior, com a criação do Sistema Único de Saúde, o *movimento sanitarista* não buscava apenas constituir um sistema de saúde público e universal. Mais que isso, pretendia também transformar o *modelo de atenção* então vigente. Tratava-se de substituir o *sistema hospitalocêntrico e medicalizante* por um *modelo mais integral e humanizado* e era consenso que a transformação do modelo dependeria preponderantemente da transformação das práticas dos profissionais de saúde. Considerava-se fundamental a garantia do constante aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, bem com a melhoria das suas condições de trabalho. Por essa razão, e também como consequência da organização e mobilização das categorias profissionais, o cuidado com o profissional da saúde foi inscrito no seu artigo 6º, inciso III da Lei Orgânica da Saúde, que estabelece que “o sistema de saúde deve ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde.

A *SGETS* (Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde) é o órgão do Ministério da Saúde responsável por contribuir para a realização desse objetivo, pois tem como atribuição fazer convergir a formação dos profissionais com a demanda do SUS por profissionais de saúde. Dentre as suas competências, destacam-se duas. Em primeiro lugar, a formulação e implementação de políticas de educação para os profissionais de saúde, tanto para profissionais de nível médio quanto para profissionais de nível superior. Em segundo lugar, a *SGETS* também tem

como uma de suas principais atribuições a formulação e implementação de políticas que promovam o desenvolvimento das carreiras dos profissionais do SUS, incentivando sobretudo a realização de concursos e a criação de planos de carreira para cada profissão. Em consonância com suas responsabilidades, a SGETS subdivide-se em dois departamentos: o Departamento de Gestão da Educação em Saúde e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.

Para funcionar, os serviços de saúde dependem de dois elementos essenciais: as pessoas (profissionais de saúde) e os insumos (medicamentos, equipamentos e outros materiais). Se por um lado o aperfeiçoamento da medicina é concomitante ao aperfeiçoamento de medicamentos e equipamentos; por outro, o desenvolvimento e a influência adquirida pela indústria de equipamentos e pela indústria farmacêutica tende a promover a obsolescência desnecessária de equipamentos e medicamentos. Isso tende a forçar o SUS a *incorporar novas tecnologias* sem que sejam avaliadas a viabilidade financeira da incorporação de novas tecnologias e a capacidade de efetivamente promoverem eficácia do ponto de vista clínico. Por essa razão, a Lei Orgânica da Saúde estabelece como funções do Sistema Único de Saúde: a “execução de ações de assistência terapêutica, inclusive farmacêutica” (Art. 6º, inciso I); a “formulação de políticas de medicamentos, equipamentos, imunológico e outros insumos de interesse para a saúde” (Art. 6º, inciso XI); o “incremento de sua área de atuação no desenvolvimento científico e tecnológico” (Art. 6º, inciso X).

Nesse contexto, a SCTIE (Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos) desenvolve duas funções principais: em primeiro lugar, formula, implementa e avalia “processos de incorporação de desincorporação de tecnologias em saúde” (Decreto 7.336/2010, artigo 27º, inciso XI). Trata-se de definir quais *insumos (medicamentos e equipamentos)* devem ou não ser comprados, utilizados e disponibilizados pelo *Sistema Único de Saúde*. Além disso, e em segundo lugar, a SCTIE tem como atribuição “analisar a viabilidade econômica e sanitária de empreendimentos públicos no Complexo Industrial da Saúde” (Decreto 7.336/2010, artigo 29º, inciso XIII). A Secretaria também é responsável por definir em que

insumos investir utilizando recursos públicos. No primeiro semestre de 2011, a *SCTIE* encontrava-se dividida em três departamentos: Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos; Departamento de Ciência e Tecnologia; Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde.

Além da *integralidade*, da *universalidade*, da *equidade* e da *descentralização*, a *participação* e o *controle social* também são princípios e diretrizes fundamentais do Sistema Único de Saúde. Eles foram inscritos na Lei 8.142 de 1990, a segunda lei fundamental do SUS, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema de Saúde”. Para viabilizar a participação, a Lei 8.142 estabelece que todas as esferas de governo – federal, estadual e municipal – devem contar com duas instâncias colegiadas: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

Como vimos no capítulo anterior, o movimento sanitarista da década de 1970 e 1980 emergiu concomitantemente à mobilização a favor da redemocratização do país. Naquele contexto, além ter sido incorporada ao SUS como um valor *per se*, a participação social foi também uma forma de superar dois problemas do antigo sistema. Em primeiro lugar, como o INAMPS era responsável pela compra dos serviços de saúde do setor privado, acreditava-se que o poder de decisão e de definição das características do sistema encontrava-se demasiadamente concentrado no órgão Federal e nos estabelecimentos de saúde do setor privado. Na reforma proposta pelo SUS, a participação social foi acrescentada como forma de distribuir as fontes de autoridade e – por que não? – de imaginação para se pensar e conceber o novo sistema de saúde. Em segundo lugar, acreditava-se que os serviços que ofertavam ações de saúde encontravam-se demasiadamente distantes da população. A participação aproximaria os usuários do Sistema e acreditava-se que, com essa aproximação, o SUS passaria a conhecer melhor as reais *necessidades de saúde* da população.

Como indicado por seu nome, a *SGEP* (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa)²⁶ é responsável por apoiar a *implementação/operacionalização* do princípio da *participação* e do *controle social*. Compete a ela fomentar a mobilização e a participação de *trabalhadores*, de *gestores* e de *usuários* do *SUS*, bem como promover a articulação do Ministério da Saúde com outros setores, governamentais e não-governamentais.

A fim de viabilizar e *concretizar* o *princípio da participação social*, destaca-se entre suas funções o apoio que oferece às estrutura e às instâncias de participação do *SUS*: aos *Conselhos Municipais de Saúde*, aos *Conselhos Estaduais de Saúde*, ao *Conselho Nacional de Saúde*, às *Comissões Intergestores Bipartite (CIBs)* e à *Comissão Intergestores Tripartite (CIT)*. A Secretaria é responsável também pelo planejamento e execução das *Conferências Nacionais de Saúde*, que, salvo convocações extraordinárias, acontecem a cada quatro anos. No primeiro semestre de 2011, a *SGEP* encontrava-se dividida em quatro departamentos: Departamento de Apoio à Gestão Participativa; Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do *SUS*; Departamento de Ouvidoria-Geral do *SUS*; Departamento Nacional de Auditoria do *SUS*.

A *SVS* (Secretaria de Vigilância em Saúde) tem como competência a elaboração, a implementação e o acompanhamento de políticas de *vigilância epidemiológica*, *vigilância ambiental*, bem como de políticas voltadas para a *saúde do trabalhador*. Como no caso das demais Secretarias, suas atribuições refletem categorias fundamentais do universo da saúde pública. O artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde estabelece em seu primeiro inciso que o Sistema Único de Saúde deve se

²⁶ A *SGETS*, a *SCTIE* e a *SGEP* foram criadas pelo Decreto Nº 4.726 de 9 de julho de 2003, com a reforma do regimento interno promovida pelo então recém-empossa Presidente Lula e o Ministro da Saúde Humberto Sérgio Costa Lima. Antes da criação da Secretarias, suas funções eram exercidas por outros órgãos do Ministério.

responsabilizar pela execução de ações de *vigilância sanitária*²⁷, *vigilância epidemiológica*²⁸ e de *saúde do trabalhador*²⁹. Como sugere a definição prevista na lei, a vigilância em saúde diz respeito a ações que visam diminuir ou prevenir os riscos à saúde da população. Para isso, envolve também a capacidade de coletar, armazenar e analisar informações de saúde.

Ao contrário das três Secretarias anteriores, cujas funções remetem especificamente ao *diretrizes* do SUS, as funções exercidas pela SVS remontam aos primórdios da saúde pública do país, quando as ações de prevenção às doenças eram identificadas com as políticas de higienização das cidades e da população. No entanto, se por um lado a SVS é herdeira de intervenções tão criticadas; por outro, ela também é herdeira próprio movimento sanitarista e da saúde coletiva do país. Tal como imaginada pelos militantes da *Reforma Sanitária*, a vigilância remete menos ao controle dos corpos e dos espaços e mais ao direito da população de ser beneficiária de ações de promoção da saúde e de prevenção às doenças. Remete, ainda, ao direito

²⁷ A Lei 8.800/1990 define a *vigilância sanitária* como: “conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, e relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde”. (Art. 6º, § 1º) Com exceção das ações e atividades de *vigilância do ambiente*, as demais ações da *vigilância sanitária* não está sob responsabilidade da SVS. Competem a um órgão/agência reguladora vinculado ao Ministério da Saúde, mas autônomo e especificamente criado para exercer essa função: A *Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)*.

²⁸ A Lei 8.800/1990 define a *vigilância epidemiológica* como: “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar ou adotar as medidas de prevenção ou controle das doenças ou agravos”. (Art. 6º, § 2º)

²⁹ A Lei 8.800/1990 define a *saúde do trabalhador* como: “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação, da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (...)”. (Art. 6º, § 3º)

da população de ter suas *necessidades de saúde* conhecidas e respondidas pelas políticas de saúde do Estado.

Como vimos no capítulo anterior, a *integralidade do cuidado* remete à ideia de que os usuários do SUS devem receber *assistência* em todo o *ciclo de atenção* – na *promoção à saúde*, na *prevenção às doenças*, no *diagnóstico*, no *tratamento* e na *reabilitação*. Ao combater o sistema de saúde vigente ao longo da Regime Militar (e mesmo antes dele) e ao propor uma transformação do *modelo de atenção à saúde*, o *movimento sanitarista* também buscava valorizar o papel da *promoção da saúde* e da *prevenção das doenças*, de modo que o novo sistema não priorizasse apenas o tratamento, como fazia o antigo. Nessa linha, a SVS (Secretaria de Vigilância Sanitária) é responsável por formular e implementar *ações* e políticas que abarquem toda a cadeia da *vigilância*: a Secretaria coleta informações de saúde, por intermédio dos sistemas de informação; elabora e divulga análises de *situação de saúde* da população, monitorando a *situação de saúde* do país por intermédio de um extenso rol de *indicadores*; elabora e coordena a execução de *ações* de *prevenção* e *controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis*, dentre elas as campanhas de vacinação. As informações produzidas pela SVS, espera-se, devem orientar a definição das *políticas de atenção* promovidas pelo Ministério da Saúde. A SVS subdivide-se em cinco departamentos: Departamento de Vigilância Epidemiológica; Departamento de Análise de Situação de Saúde; Departamento de Apoio à Gestão da Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DSTs, AIDS e Hepatites Virais; Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador³⁰.

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) não existia até o ano de 2010. Conforme descrito no Decreto (Art. 42, inciso I), a SESAI tem a função de “coordenar

³⁰ Um Instituto – Instituto Evandro Chagas – também se encontra formalmente subordinado à SVS, mas, pelo que pude, notar, os Institutos vinculados às Secretarias dos Ministérios funcionam de forma relativamente autônoma, participando pontualmente e apenas quando convidado das rotinas (de reuniões, decisões e processos) do Ministério da Saúde.

a implementação da Política Nacional Dos Povos Indígenas mediante gestão democrática e participativa” e suas responsabilidades vão ao encontro do *princípio da equidade*. A Secretaria está dividida em dois departamentos: Departamento de Atenção à Saúde Indígena e o Departamento de Gestão da Saúde Indígena. Além disso, encontra-se subordinados as *SESAI* os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Finalmente, compete à *SAS* (Secretaria de Atenção à Saúde) a *formulação*, a *implementação* e o *acompanhamento* de *políticas de atenção à saúde*, cumprindo, assim, o principal *objetivo* do Sistema Único de Saúde: prover “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”. (Lei 8.080/1990, Art. 5º, inciso III) O artigo 14º do Decreto 7.336/2010 apresenta uma lista exaustiva das competências da Secretaria de Atenção à Saúde, mas duas delas resumem bem as atribuições da Secretaria: primeiramente, a responsabilidade por *formular* e implementar *políticas de assistência em saúde*, observando os princípios e as diretrizes do SUS; em segundo lugar, a responsabilidade por promover ações que visem a *reorientação do modelo de saúde*, tendo a Atenção Básica como eixo estruturador do sistema.

Com exceção da Secretaria Executiva, que no organograma do Ministério aparece diretamente vinculada ao Gabinete do Ministro, não existe hierarquia formal entre as Secretarias. Cada um dos Secretários é detentor de um D.A.S 1.06 e subordina-se diretamente ao Ministro. Informalmente, porém, e nas entrelinhas das conversas que se passam nos corredores dos prédios do Ministério, percebe-se que algumas Secretarias são mais prestigiadas que outras. Nessa hierarquia informal, a *SAS* é percebida como a Secretaria mais poderosa e mais importante, uma vez que funções relacionadas à razão de ser do *Sistema Único de Saúde* – a *assistência*, a *atenção*, o *cuidado* propriamente dito – encontram-se sob sua responsabilidade. Dois aspectos ajudam-nos a compreender melhor os critérios mobilizados para definir a hierarquia de prestígio.

O orçamento é o primeiro critério a estabelecer uma hierarquia informal entre as Secretarias. Não foram poucas as vezes em que escutei comentários sobre o tamanho do orçamento da SAS. Dentre os mais comuns estava a afirmação de que a SAS detinha mais de 70% dos mais de 75 bilhões de reais anuais que compunham o orçamento do Ministério³¹. Também eram comuns os comentários exclamativos afirmando que o orçamento anual da Secretaria, mais de 50 bilhões de reais, era maior do que o orçamento total da grande maioria dos Ministérios da Esplanada. Além da SAS, a SVS também era percebida como uma Secretaria grande e *poderosa*. Ela detinha o segundo maior orçamento do Ministério.

Um segundo critério de hierarquização informal das Secretarias era a visibilidade e a importância atribuída a suas *políticas e programas*. A SAS é a Secretaria responsável pela grande maioria das *políticas finalísticas do SUS*. Dentre suas *políticas e programas* encontram-se algumas cuja *marca* tornou-se nacionalmente conhecida, como o *PSF* (Programa Saúde da Família), as *UPAS* (Unidades de Pronto Atendimento), o *SAMU* (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), o *STN* (Sistema Nacional de Transplantes), o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados, dentre outros. Desse modo, além de formular e implementar as políticas e os programas que ofertam *ações de saúde* para os usuários do SUS, a SAS também tem sob sua guarda programas aprovados e respeitados pela opinião pública, tendo, portanto, grande relevância política e eleitoral.

Para fazer cumprir suas funções, no primeiro semestre de 2011 a SAS encontrava-se subdividida em nove órgãos: três institutos e seis departamentos. Os institutos subordinados à SAS – Instituto Nacional de Câncer (*INCA*), Instituto Nacional de Cardiologia) e Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia – estão sediados no

³¹ O orçamento do Ministério da Saúde do ano de 2011 pode ser consultado na primeira página do anexo II da Lei Orçamentária Anual (*LOA*) de 2011, Lei 12.381 de 09 de fevereiro de 2011. Disponível em: http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento-2011/loa-2011/anexos/Anexo_II.pdf. (Acessado em 06 de junho de 2013).

Rio de Janeiro, possuem estrutura de autoridade e orçamento próprios e, assim, operam de forma relativamente autônoma. Ainda assim, no período em que estive no Ministério da Saúde, vi frequentemente dirigentes e profissionais dos Institutos participarem dos processos de elaboração das *Redes de Atenção à Saúde*, fato que era considerado pelos profissionais do Ministério como uma novidade. Nesse sentido, conforme me relataram meus colegas de trabalho, a relação de proximidade e de colaboração com os Institutos também parecia fazer parte dos esforços então empreendidos para superar a *fragmentação* e promover a *integração* dentro no Ministério e, como corolário, nos *serviços de saúde ofertados na ponta*.

No primeiro semestre de 2011, os departamentos que compunham a SAS eram conhecidos por suas siglas e eram os seguintes: o DGH (Departamento de Gestão Hospitalar do Rio de Janeiro)³²; o DCEBAS (Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde); o DAB (Departamento de Atenção Básica); o DAE (Departamento de Atenção Especializada); o DAPES (Departamento de Ações Programáticas Estratégicas); o DRAC (Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas) e o DARAS (Departamento de

³² Pode-se afirmar que o Departamento de Gestão Hospitalar do Rio de Janeiro é uma *reminiscência* deixada pelo momento inicial do processo de extinção do INAMPS e da criação do SUS. Publicada a Lei Orgânica da Saúde, teve início um processo de transferência de órgãos, funções e profissionais do INAMPS para o Ministério da Saúde. Concomitantemente a isso, porém, e tal como previsto pelo *princípio da descentralização*, o Ministério da Saúde editava normas para *descentralizar*, isto é, colocar sob responsabilidade de estados, municípios e do Distrito Federal as *unidades assistenciais* antes sob responsabilidade Federal. Assim, ambulatórios e hospitais públicos antes subordinados ao Governo Federal passavam para a responsabilidade de estados e municípios. Como ainda veremos nesta tese, o processo de *descentralização* passou por inúmeros percalços, motivo pelo qual algumas unidades hospitalares localizadas no Rio de Janeiro não foram descentralizadas. O Departamento de Gestão Hospitalar do Rio de Janeiro é responsável pela administração dessas unidades. Dentre suas competências, descritas pelo Decreto 7.336/2010 (Art. 19º), destacam-se as seguintes responsabilidades: implementar em suas unidades as políticas de saúde formuladas pelo Ministério (inciso II); implementar ações de gestão participativa e de controle social em suas unidades (inciso III); e promover a articulação de seus hospitais com serviços de saúde da cidade do Rio de Janeiro, da região metropolitana e do estado (inciso IV).

Articulação de Redes de Atenção à Saúde). Com exceção do Departamento de Gestão Hospitalar do Rio de Janeiro, para todos os demais, a distribuição de atribuições e de competências remetia a categorias estruturantes do universo da saúde pública brasileira e do *SUS*.

O Sistema Único de Saúde não possui estabelecimentos públicos de saúde (principalmente hospitais) com *capacidade de oferta* suficiente para atender toda a demanda por serviços de saúde da população. Desse modo, para fazer cumprir a definição constitucional segundo a qual a saúde é um direito de todos e um dever do estado, o Sistema Único precisa comprar serviços de saúde de estabelecimentos privados sem fins lucrativos. Assim, os usuários do *SUS* são atendidos por hospitais filantrópicos que, posteriormente, recebem do *Sistema Único* o pagamento pelos serviços prestados. Para vender serviços de saúde ao *SUS*, os estabelecimentos de saúde privados sem fins lucrativos devem obter junto ao Ministério da Saúde um certificado que os classifica como *entidades beneficentes sem fins lucrativos*. O *DCEBAS* (Departamento de Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social em Saúde) era o órgão responsável por avaliar os estabelecimentos e emitir os certificados.

No primeiro semestre de 2011, o *DCEBAS* encontrava-se dividido em duas coordenações: a Coordenação-Geral de Análise e Gestão de Processos e Sistemas e a Coordenação-Geral de Certificação. Conforme enunciado pelo Decreto 7.336/2010 (Art.20), o órgão possuía duas funções fundamentais: “definir e promover ações técnicas e administrativas necessárias à certificação das entidades beneficentes da assistência social em saúde” (inciso I), não deixando de “encaminhar à Receita Federal do Brasil informações sobre pedidos de certificação e renovação deferidos e definitivamente indeferidos (inciso V); e “promover a integração das entidades beneficentes de assistência social em saúde nos sistemas de redes integradas de ações e serviços de saúde (...)” (inciso IV). Em outras palavras, a principal competência do Departamento era avaliar e emitir atestados para unidades assistenciais que pleiteavam ser classificadas e *certificadas* como *unidades*

filantrópicas. De posse dos certificados, além de terem diminuídas as alíquotas de seus impostos de renda, as *unidades filantrópicas* ficavam *habilitadas* a se tornar *prestadoras de serviços* do SUS, isto é, elas ganhavam uma permissão para vender *serviços e procedimentos* de saúde ao Sistema.

Dois Departamentos da SAS têm suas competências definidas pela oposição entre Atenção Básica e Atenção Especializada. Como vimos no capítulo anterior, a Lei Orgânica da Saúde define que os serviços de saúde devem ser distribuídos pelo território e organizados de forma *hierarquizada*: os estabelecimentos e serviços da Atenção Básica devem alcançar grande capilaridade, cobrindo um número menor de pessoas; os estabelecimentos e serviços de média complexidade devem se localizar em cidades de médio porte e cobrir um número maior de pessoas; finalmente, os serviços de alta complexidade devem ser ofertados nos grandes centros urbanos e servir como referência para um grande número de pessoas.

Nos últimos anos, o termo *hierarquia dos serviços de saúde* tem sido criticado, pois argumenta-se que, juntamente com a nomenclatura *atenção básica, média e alta complexidade*, a expressão evoca uma noção de superioridade de importância de alguns serviços em relação a outros. Essas críticas sugerem que os três *níveis de atenção* sejam nomeados *atenção primária, secundária e terciária* ou que se estabeleça uma diferença apenas entre *atenção básica e atenção especializada*. A ideia defendida é a de que a *atenção básica* é tão complexa quanto a *alta complexidade*, diferindo-se apenas pelo tipo de tecnologia por cada uma delas mobilizada. Argumenta-se que os serviços da *atenção básica* devem enfatizar a *promoção* à saúde e a prevenção a doenças, além de priorizar uma assistência generalista, valorizando a anamneses, a interação e a construção de relação entre os profissionais de saúde e os usuários. Os serviços da *alta complexidade*, por sua vez, ofertam serviços de saúde mais especializados e tendem a utilizar mais equipamentos. Por isso, as críticas à ideia de hierarquia entre os *níveis de atenção à saúde* defendem que o critério que difere a *atenção básica, a média e a alta complexidade* não é a complexidade das *ações de saúde* prestadas, mas o *grau de*

densidade tecnológica incorporado no equipamentos utilizados por cada um dos níveis de atenção.

A controvérsia remete, mais uma vez, ao sistema de saúde sonhado e imaginado pelos militantes da *Reforma Sanitária*. A atenção básica ganha evidência no mesmo momento em que começa a ser concebido o SUS e é vista como uma alternativa viável para que a saúde pública pudesse alcançar toda a população. A valorização da atenção básica faz parte da idealização e da tentativa de transformação do modelo de saúde *hospitalocêntrico e medicalizante*. Não obstante, é importante esclarecer que, apesar dos esforços para valorizá-la, a *atenção básica* ainda é vista por muitos como um serviço de saúde simples e ineficaz, quando não como uma *saúde de pobres para pobres*. Essa não é uma percepção exclusiva dos *usuários* do Sistema, que tendem a preferir o atendimento em hospitais aos serviços das *Unidades Básicas de Saúde* (os postos de saúde). A ideia também faz parte do imaginário das autoridades (que prefeito não quer um hospital em sua cidade?), de gestores (secretários estaduais e municipais de saúde) e de muitos profissionais. Para profissionais de saúde não engajados na *causa do SUS*, trabalhar no *Pronto Atendimento* ou na *UTI* (Unidade de Terapia Intensiva) é visto como símbolo de sucesso e de status, ao contrário do modo como é percebido o trabalho desenvolvido nos postos de saúde. Todo esse universo de significados atravessa a definição (e a oposição entre) dois dos seis Departamentos da *SAS*: o *DAB* (Departamento de Atenção Básica) e o *DAE* (Departamento de Atenção Especializada).

Encontravam sob responsabilidade do *DAB* a normatização, a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de políticas cujo objetivo era aumentar a *cobertura* e melhorar a qualidade das *ações* e serviços da atenção básica em Saúde. O Decreto atribui ao *DAB* duas funções principais: a primeira, mais próxima das *atividades de gestão*, diz respeito à elaboração de instrumentos que auxiliem os municípios na organização gerencial e operacional das *ações da atenção básica*; a segunda, mais próxima da *assistência*, estabelece que o Departamento deve formular e divulgar mecanismos de controle e avaliação das ações de saúde que são efetivamente

ofertadas à população, isto é, o Departamento deve promover a avaliação da qualidade dos serviços de saúde sob responsabilidade da *atenção básica*. Além disso, o Decreto afirma que o *DAB* deve prestar cooperação técnica para os municípios, tanto para suas *atividades gerenciais* quanto para *atividades assistenciais*.

No primeiro semestre de 2011, o Departamento de Atenção Básica estava formalmente dividido em quatro Coordenações: a Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica; a Coordenação-Geral de Saúde-Bucal; a Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica; e a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. Não obstante, o *DAB* contava com outras Coordenações que, embora não aparecessem na *estrutura organizacional* publicada pelo Decreto, ocupavam um espaço próprio, possuíam profissionais e dirigentes, formulavam, implementavam programas e apareciam indicadas no site do Ministério da Saúde³³. Eram elas: Saúde da Família; Saúde na Escola; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Saúde Indígena; Hipertensão e Diabetes; e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

Como veremos de forma mais detalhada no quarto capítulo desta tese, o Ministério da Saúde elabora programas e políticas de saúde, mas são os estados e os municípios os responsáveis por implementá-las. Como será igualmente exposto adiante, ao elaborar as políticas, o Ministério define uma série de *ações e padrões de atenção* que, se cumpridos pelos estados e municípios, conferem-lhes o direito de receber determinado montante de recursos financeiros. Para que os padrões definidos sejam cumpridos, o Ministério da Saúde oferece apoio técnico, realizado à

³³ Site do Ministério da Saúde em que constam enumeradas as Coordenações que compunham o DAB: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=37812. (Acessado em 19 de março de 2013). A divisão que consta no site do Ministério da Saúde diverge daquela que aparece no site do Departamento de Atenção Básica: http://dab.saude.gov.br/imgs/portaldab/geral/organograma_dab.png (Acessado em 19 de março de 2013). No segundo semestre de 2012, a divisão do DAB em Coordenações foi refeita, mas a estrutura publicada no site continua não refletindo aquela prescrita pelo Regimento Interno em vigor.

distância ou concretizado *in loco* pelas inúmeras viagens realizadas por seus profissionais. Desse modo, o que o *DAB* efetivamente faz, em grande medida, é definir *ações e parâmetros de assistência* que devem ser cumpridos *na ponta* pelos profissionais da *atenção básica*, requisitos para que os municípios recebam os recursos destinados ao financiamento desse nível de atenção. As *ações e parâmetros* formulados e incentivados pelo Departamento refletem em grande medida os temas e as atribuições de cada uma de suas coordenações.

O Departamento de Atenção Especializada (*DAE*) tem como competência a elaboração, a coordenação e a avaliação de *ações e serviços de saúde* classificados como de *média e de alta complexidade* – tanto em unidades ambulatoriais como em unidades hospitalares (Decreto 7.336/2010, Art.16). No primeiro semestre de 2011, as políticas e programas sob sua responsabilidade encontravam-se estreitamente vinculadas à divisão do Departamento em Coordenações. A Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados é responsável por elaborar, implementar e avaliar os programas de coleta, tratamento e distribuição de sangue e hemoderivados; a Coordenação-Geral de Urgências e Emergências tinha sob sua responsabilidade os programas destinados a financiar *ações e serviços de urgência e emergência*, dentre os quais se destacavam as Unidades de Pronto Atendimento (*UPAs*) e o Serviço de Atenção Móvel às Urgências (*SAMU-192*); cabia à Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes regular e coordenar as atividades do *Sistema Nacional de Transplantes*; do mesmo modo que à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar cabia coordenar e avaliar serviços das unidades hospitalares próprias, bem como oferecer apoio aos serviços de unidades hospitalares públicas. As atividades da Coordenação de Média e Alta-Complexidade eram transversais a todos os demais órgãos do *DAE*, pois a Coordenação era responsável por acompanhar e efetuar a *ordem de pagamento* de todos os *serviços* executados pela *média e alta complexidade* do Sistema Único de Saúde.

Em seu 17º artigo, o Decreto 7.336/2010 estabelece como funções do *DAPES* (Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas) “coordenar de forma

articulada com outros órgãos do Ministério, a formulação de conteúdos programáticos, normas técnico-gerenciais, métodos e instrumentos que reorientem o modelo de atenção à saúde” (inciso I), bem como “promover estratégias que permitam a organização da atenção com ênfase na atenção básica” (inciso II). Conforme previsto pelo Decreto que o regulamenta, o DAPES era mais um órgão do Ministério cujo objetivo era contribuir para a transformação do *modelo de atenção à saúde* – do modelo *hospitalocêntrico medicalizante* ao modelo focado na *prevenção* e nas ações da atenção básica. O DAPES abriga, inclusive, a coordenação responsável pela *Política Nacional de Humanização* que, como vimos no capítulo anterior, constitui, juntamente com a Atenção Básica, uma das principais estratégias de transformação e reorganização do *modelo de assistência à saúde*.

Como acontecia com algumas das coordenações do DAB, o Regimento Interno descrito pelo Decreto 7.336 não previa a existência de nenhuma das coordenações do DAPES. De acordo com o documento, o Departamento dispunha de um Cargo em Comissão para diretor (DAS. 101.5) e cinco DAS de “gerentes de projeto”, do mesmo nível dos DAS de Coordenadores, 101.4. O Decreto, porém, não enumera nenhuma coordenação. Embora ocupassem salas do Edifício Premium, contassem com um grande número de profissionais e tivessem sob sua responsabilidade um número considerável de *políticas* e *programas*, as coordenações do DAPES não existiam formalmente.

A despeito de não constarem na letra da lei, o site oficial do Ministério da Saúde enumera as coordenações que compõem o Departamento e esclarece suas competências e atribuições³⁴. De acordo com o site, o DAPES é composto de nove Coordenações, sendo elas: Saúde Mental, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde da

³⁴ As Coordenações que compõem o DAPES podem ser encontradas no site: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=37812 (Acessado em 14 de março, 2013). A descrição do departamento pode ser encontrada em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=27145 (Acessado em 14 de março, 2014).

Criança, Saúde do Homem, Saúde do Adolescente e do Jovem, Saúde no Sistema Penitenciário, Saúde da Pessoa com Deficiência e Política Nacional de Humanização. A discrepância entre a estrutura formal do Ministério, prevista no Decreto, e a organização efetiva dos órgãos e dos cargos em comissão é interessante por demonstrar que, embora a estrutura formal seja fixada em uma norma, o funcionamento de fato do Ministério apresenta flexibilidade em relação a rigidez normativa. As coordenações do *DAB* e do *DAPES* não são os únicos casos resultantes da forma como *dirigentes* rearranjam a segmentação dos órgãos e a distribuição de cargos no interior do Ministério.

É interessante notar que as estruturas informais proliferavam nos momentos de troca de governo ou de gestão (no caso da troca de Ministros ou Secretários), pois os *trâmites burocráticos* para a publicação de um novo Decreto demoravam mais que a vontade dos novos dirigentes de reorganizar as unidades e a estrutura de poderes dos órgãos e da pasta – o Decreto do novo regimento precisa tramitar tanto pelo Ministério do Planejamento quanto pela Presidência da República, devendo ser assinado pelas autoridades de cada um desses órgãos. Nessas ocasiões, era muito comum que coordenações inteiras fossem deslocadas de um Departamento a outro, ou mesmo de uma Secretaria a outra. Não raro, aconteciam também de dirigentes de terceiro e quarto escalão que, ao se transferirem de um departamento ou de uma coordenação à outra, carregassem consigo atribuições e competências de seus órgãos de origem. Por essas razões, o regimento interno do Ministério precisava ser constantemente republicado.

Essa constatação é importante porque ilumina um aspecto da estrutura organizacional que até aqui o texto deixou na sombra. Se é verdade que a segmentação burocrática do Ministério da Saúde obedece critérios que remetem a categorias e a valores caros ao *movimento sanitarista brasileiro*, é igualmente certo que essas mesmas categorias e esses mesmos valores são mobilizados pelos dirigentes para alterar a estrutura e a distribuição de cargos conforme seus

interesses, suas prioridades e suas conveniências. As categorias são mobilizadas, inclusive, no contexto das disputas internas por poder.

É interessante, por exemplo, pensar na criação da *SGEP* e da *SGETS* a partir dessa perspectiva. Antes de 2003, suas competência e atribuições eram desempenhadas por órgãos hierarquicamente inferiores ao nível das secretarias. Em 2003, porém, os temas da participação e do trabalho – porque afinados e *alinhados* com as ideias do partido que então assume o poder (do Governo Federal e do Ministério) – ganham relevância e destaque. São então criadas secretarias exclusivas para formular e implementar políticas de participação (*SGEP*) e de educação e trabalho (*SGET*). Além disso, é importante notar que a criação de novas Secretarias – isto é, a criação/remanejamento de órgãos e de cargos no interior do Ministério – não teria acontecido caso não houvesse pessoas que se apoderassem dos valores defendidos pelo SUS, transformando-os em estratégia para consecução de determinadas fins (a criação de órgãos e de cargos no interior da pasta). Certamente, a criação de muitos órgãos do Ministério, inclusive das coordenações informais do *DAB* e do *DAPES*, decorre deste mesmo movimento: um grupo de pessoas se mobiliza em torno de um valor do *SUS* e o utiliza como estratégia para a criação de mais uma instância de direção e poder.

O site oficial do *DAPES* esclarece que a vida das pessoas é organizada em ciclos e que, cada etapa do ciclo apresenta situações distintas de vulnerabilidade e de riscos à saúde. Partindo desse pressuposto, o critério para a definição das políticas e das responsabilidades do Departamento, bem como para a definição das atribuições de suas coordenações, ancora-se nos estudos de epidemiologia. Na perspectiva dessa disciplina, seccionar a população em *subpopulações* permite a elaboração de conhecimento mais detalhado sobre as *necessidades de saúde* de cada grupo. Acredita-se que, com isso, o Estado possa melhor organizar suas ações a fim de responder às *necessidades de saúde* de cada subpopulação.

Seguindo esse preceito, o *DAPES* se apresenta como o Departamento responsável por oferecer apoio e *cooperação técnica* para promover a articulação *transversal* dos três níveis de atenção à saúde – *atenção básica, média e alta complexidade* – com o objetivo de oferecer *assistência integral à saúde* a *subpopulações* específicas, classificadas em conformidade com sua *exposição ao risco à saúde*. As *subpopulações-alvo* do Departamento são identificadas pela segmentação de suas coordenações: jovens e adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, com problemas de saúde mental, em penitenciárias, homens e, finalmente, as subpopulações-alvo da Rede Cegonha, as mulheres e as crianças. Finalmente, vale lembrar que o *DAPES* também abriga a Coordenação responsável pela *PNH* (Política Nacional de Humanização), uma das principais estratégia do Ministério para a transformação do *modelo de atenção à saúde*.

Por identificar-se com a saúde de *subpopulações* específicas, é possível afirmar que, mais que promover a *mudança do modelo de atenção*, como lhe atribui o Decreto, o *DAPES* também incorpora em suas responsabilidades a promoção de um dos cinco princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, a *equidade*. É interessante notar, por exemplo, que as coordenações do *DAPES* são aquelas onde se concentram os profissionais mais entusiasmados, que comumente atuam como militantes ativos dos temas e das *causas* com as quais trabalham. Sobre isso falaremos mais tarde. Para resumir as competências e as atribuições do *DAPES*, segue sua auto-definição, conforme se lê em seu próprio site:

“Considerando os direitos humanos e a situação singular de cada pessoa nas diferentes realidade da vida, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (*DAPES*) trabalha na implementação de políticas públicas para garantir o acesso da população ao Sistema Único de Saúde (*SUS*), com atenção integral e formulação de programas e instrumentos que reorientam as ações em saúde nos estados e municípios de forma humanizada e em rede. (...) O trabalho é pautado pela equidade, humanização e integralidade das ações e

serviços, com defesa dos direitos, do protagonismo das pessoas e movimentos sociais. (...) busca políticas para garantir acesso de qualidade de acordo com as necessidades das pessoas, considerando as identidades de gênero e orientação sexual, de forma integrada e inclusiva.”

Dentre todos os Departamentos da SAS, o DRAC (Departamento de Regulação, Avaliação e Controle) era ao mesmo tempo admirado e desdenhado. Trabalhar no DRAC significava estar a par de processos imprescindíveis para a consecução das políticas de saúde implementadas pela SAS. Era preciso ter conhecimento sobre assuntos muito distintos daqueles que muitas vezes mobilizavam infundáveis debates sobre a saúde pública, a maioria deles relacionados à *assistência*, ao *cuidado* ou à epidemiologia. As pessoas que trabalhavam no DRAC deveriam entender sobre planejamento, regulação, controle e gestão dos bancos de dados da Secretaria. As ambiguidades dos sentimentos despertados pelo Departamento remetiam às funções de difícil classificação que ele desempenhava na SAS. O Departamento não desempenhava atividades relacionadas à *assistência*, funções mais valorizadas entre os profissionais da Secretaria; por outro lado, suas atribuições não poderiam ser relegadas à categoria de *burocráticas ou administrativas*, como eram classificados as atividades que não estavam diretamente relacionadas às políticas de saúde. Embora não se tratassem de *atividades-fim*, as atribuições do DRAC eram percebidas como indispensáveis ao funcionamento do sistema.

Em conformidade com o Decreto 7.336/2010 (Art. 18), o DRAC encontrava-se dividido em cinco Coordenações, sendo as mesmas descritas pelo site oficial do Ministério da Saúde: Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações em Saúde; Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação; Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação; Coordenação-Geral de Controle de Serviços e Sistemas; Coordenação-Geral de Suporte Operacional dos Sistemas. As competências e atribuições do DRAC podem ser divididas em três grupos: planejamento e acompanhamento das ações de saúde; regulação da assistência; e, finalmente,

acompanhamento e avaliação do planejamento e da execução de *ações e serviços de saúde* por intermédio dos sistemas de informação.

Em primeiro lugar, o *DRAC* era responsável por elaborar e implementar padrões e instrumentos de *planejamento e programação dos serviços de saúde*. Para isso, oferecia apoio técnico e disponibilizava sistemas de informação a estados e municípios. Em segundo lugar, ao *DRAC* competia definir e prestar cooperação técnica a municípios e estados na elaboração, implementação e avaliação de políticas de *regulação do acesso*. Assim, encontrava-se sob sua responsabilidade auxiliar os entes federativos em todo o processo de implementação das políticas de *regulação*: desenvolvimento dos sistemas de oferta de vagas e marcação de consultas ambulatoriais, desenvolvimento dos sistemas de controle de vagas em leitos e de acesso a *procedimentos de alta complexidade*. O *DRAC* deveria, ainda, auxiliar na elaboração das *grades de referencia e contra-referência* dos serviços, bem como na criação de um *complexo regulador único*, que integrasse todos os sistemas de *regulação do acesso* ao Sistema Único de Saúde.

O terceiro grupo de funções do *DRAC* consistia em monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde realizados pelo SUS, acompanhando, inclusive, a transferência de recursos financeiros para estados, municípios e Distrito Federal. Para realizar essa tarefa, o órgão era responsável pela elaboração de sistemas de informação e pelo apoio e cooperação técnica oferecida aos gestores locais, com o objetivo de aperfeiçoar a coleta de dados e de informações.

Finalmente, a *SAS* contava ainda com um departamento que, como os demais, ocupava salas do ministério, possuía um quadro de profissionais e era chefiado por um dos dirigentes que, conforme se repetia pelos corredores, era da confiança do Secretário e havia se tornado uma das pessoas mais poderosas da Secretaria. Tratava-se do *Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (DARAS)*, que só veio a se formalizar com a publicação do Decreto 7.530 de 21 de junho de

2011, quando novamente foram alterados a estrutura e a distribuição de *cargos em comissão* do Ministério da Saúde.

O *DARAS* se apresentava como o Departamento responsável por promover a articulação necessária à criação das *Redes Assistenciais/Regionais de Atenção à Saúde*. Como já vimos, uma vez implementadas, as *Redes* promoveriam a conexão dos estabelecimentos e dos serviços de saúde dos *três níveis da atenção – atenção básica, média e alta complexidade*. Assim garantiriam a articulação entre as ações de saúde e, conseqüentemente, a *integralidade e a continuidade do cuidado*. Como também já vimos, acreditava-se que a articulação dos *serviços na ponta* dependia da articulação no interior do Ministério.

Para cumprir com as atribuições do Departamento, as funções de articulação desempenhadas pelo *DARAS* começavam no Ministério da Saúde e deveriam gradualmente se expandir para os estados e municípios, isto é, para a *ponta*. Os profissionais do *DARAS* eram as pessoas responsáveis por fazer conversar os profissionais e os dirigentes dos diversos órgãos da *SAS* e do Ministério³⁵. Mais tarde, no momento de implementação da política, passariam a desempenhar localmente as funções de coordenação e de articulação, apoiando a criação de espaços de diálogo entre gestores da saúde de diferentes entes federativos (federais, estaduais e municipais), bem como de espaços de troca entre as chefias de diferentes estabelecimentos e serviços de saúde (dos *três níveis da hierarquia*).

Desse modo, a responsabilidade do *DARAS* consistia em encontrar os pontos de intersecção entre as políticas elaboradas e implementadas por diferentes departamentos e coordenações do Ministério e, a partir daí, *colocar os órgãos para conversar*. Com propósito ilustrativo, imaginemos um exemplo pensado a partir da *Rede Cegonha*: a articulação necessária à realização do pré-natal. Os padrões de

³⁵ O *Comitê Gestor da Rede Cegonha* (e das demais *Redes* então em formulação) era um desses espaços.

atendimento das ações realizadas pelos profissionais de saúde ao longo do pré-natal são pensados pelo *DAPES*, mas a prestação dos serviços é realizada por profissionais da *atenção básica* contratados pelos municípios, cujos departamento de *atenção básica* se encontram em constante diálogo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Os profissionais da *atenção básica* dos municípios podem ter sido capacitados por políticas de *educação permanente* concebidas com apoio da *SGETS*, e as Unidades Básicas de Saúde (*UBS*) recebem medicamentos cuja utilização pelo Sistema Único de Saúde foi aprovada pela *SCTIE*. Se a gestante sofrer uma intercorrência, ela provavelmente deverá ser levada a um hospital estadual, cujos leitos e outras *ações de saúde* são financiadas pelo governo estadual juntamente com os recursos federais transferidos mediante adequação a parâmetros definidos pelo *DAE* (e pela Anvisa), e cuja ordem de pagamento é realizada pelo *DRAC* e executada pelo *Fundo Nacional de Saúde*. A articulação, portanto, refere-se à conexão entre todos os órgãos, para que *na ponta* a gestante realize as consultas de pré-natal e seja atendida no hospital, caso necessite. Prezar por uma parte dessa articulação – a que dizia respeito às ações de saúde propriamente ditas – era função que havia sido atribuída ao *DARAS*.

Conforme constava em seu site oficial, o Departamento assim descrevia suas competências e atribuições:³⁶

“O Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde está subordinado à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e tem como objetivo integrar a atenção básica aos serviços de urgência, à atenção especializada e às ações de vigilância em saúde pra

³⁶ Site oficial do Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1468 (Acessado em 06 de junho de 2013). (Há um problema de desconfiguração da página, mas as informações sobre o Departamento podem ser lidas arrastando a barra de rolagem do site para baixo).

promover a melhoria da gestão clínica, a promoção da saúde e o uso racional de recursos, formando assim uma Rede de Atenção à Saúde”.

Em relação aos demais departamentos da SAS, o *DARAS* era, até 2011, um órgão informal de tamanho muito modesto: ocupava uma pequena sala do Edifício Premium, não estava segmentado em coordenações, contava com um número reduzido de profissionais e tinha sob sua responsabilidade poucos projetos. Suas competências e atribuições eram exatamente as descritas acima e a concepção e a implementação de *Redes Regionais de Atenção à Saúde* era considerada como um projeto experimental, desenvolvido em quatro ou cinco regiões do país. Foi no começo de 2011, com a chegada do novo Ministro e do novo Secretário de Atenção à Saúde que as *Redes* se transformaram em um projeto a ser implementado em todo o território nacional. O Departamento ganhou um dirigente com proximidade e acesso ao Secretário e, portanto, com poder e autoridade, isto é, com capacidade de mobilizar pessoas e recursos³⁷. Pela importância que passou a desempenhar no

³⁷ Como já sugerimos, o poder e a autoridade formal de um *dirigente* ou de um assessor dependem em grande medida do cargo que ocupam na estrutura organizacional da pasta. Desse modo, o detentor de um DAS 6 tem mais autoridade que o detentor de um DAS 5, que por sua vez tem mais autoridade que o detentor de um DAS 4, e assim sucessivamente. Não obstante, a estrutura formal do Ministério não é a única fonte de poder, havendo também outras fontes de autoridade e prestígio. Dentre eles, duas se destacam. A primeira diz respeito ao órgão onde o *dirigente* se encontra lotado. Órgãos mais poderosos – com mais recursos e reconhecimento – têm dirigentes mais poderosos. Em segundo lugar, existe uma atribuição de autoridade a pessoas que têm acesso a pessoas hierarquicamente superiores. Assim, *dirigentes* e *assessores* que têm acesso fácil e cotidiano ao Ministro ou aos Secretários são vistos como detentores de poder e autoridade. O mesmo vale para profissionais sem *cargos em comissão*. Em todos os casos, porém, o poder e autoridade atribuída a *dirigentes* e *assessores* (e também a alguns profissionais) reflete a definição clássica de poder: derivam da sua capacidade de intervir no mundo de forma eficaz, isto é, de sua capacidade para mobilizar pessoas, recursos, consentimento e legitimidade em torno de projetos específicos. É interessante também notar como as pessoas agiam estrategicamente a partir disso. No começo de 2011, conforme me relataram, muitos profissionais ganharam visibilidade por terem se aproximado de *dirigentes* que acabavam de chegar ao Ministério. Muitos desses profissionais *cresceram* em suas áreas por terem se tornado as pessoas *de confiança* de seus *dirigentes*. O processo de acomodação de poderes nas coordenações e departamentos como

processo de elaboração e implementação das políticas que viriam a ser tornar a marca da SAS e do Ministério da Saúde a partir daquele ano, em poucos meses, o Departamento teve seu espaço físico, o número de profissionais e seu orçamento muito mais que duplicados.

Em síntese, no primeiro semestre de 2011, a SAS encontrava-se efetivamente dividida em seis departamentos. Um deles – o Departamento de Hospitais do Rio de Janeiro – não estava sediado em Brasília e exercia funções remanescentes. O DCEBAS cuidava das instituições privadas que *prestavam serviços de saúde* para o SUS. Dois deles tinham suas atividades classificadas e marcadas pela distinção entre a *Atenção Básica* e *Atenção Especializada* – DAB e DAE. O DAPES reproduzia a ideia de que a população deveria ser *esquadrinhada* e classificada segundo os *riscos de saúde* aos quais se encontrava exposta e suas coordenações refletiam os *ciclos de vida* e a *exposição ao risco*. O DRAC era responsável por monitorar a implementação das atividades de todos os Departamentos da SAS, e fazia isso por intermédio de ferramentas de gestão sob sua responsabilidade: os instrumentos e as metodologias de planejamento e a gestão dos sistemas de informação. Finalmente, ao DARAS competia promover a coordenação entre todos os demais departamentos, viabilizando a constituição das *Redes de Atenção à Saúde*.

Tal como a SAS, as demais Secretarias do Ministério da Saúde também se segmentavam até o nível das coordenações, mas compreendiam um número muito menor de órgãos. Dessa forma, além do maior orçamento, das *políticas e programas* mais conhecidos e do maior número de profissionais, a SAS era também a Secretaria com mais órgãos sob sua subordinação. Várias vezes escutei a expressão *a SAS é um mundo*. Não raro, escutei também a variação ampliada da expressão, referindo-se então à toda a pasta: *o Ministério da Saúde é um mundo*.

consequência das trocas de direção é um fenômeno interessante que merece mais pesquisa e aprofundamento.

De fato, com uma *estrutura organizacional* de enormes proporções, com um orçamento significativamente maior que o de outros Ministérios e com uma cosmologia própria – herança de movimentos sanitaristas de várias épocas, mas, em particular, da *Reforma Sanitária* de 1988 – o Ministério da Saúde poderia, de fato, ser considerado como um mundo, um universo carregado de particularidades. Se por um lado a expressão que compara o Ministério a "um mundo" evoca ideias de grandiosidade e unidade; por outro, não deixa de fazer referência a noções de complexidade e incomensurabilidade.

Vi diversas vezes profissionais e dirigentes repetirem a frase *o Ministério é um mundo* para se desculparem, se justificarem ou apenas para expressar o fato de não estarem familiarizados com todos os *processos e procedimentos*, todos os temas, todos os dirigentes, todas as *políticas e programas* da pasta. A maioria das pessoas que trabalha no Ministério é capaz de enumerar todas as Secretarias da pasta. Poucas, contudo, conseguem listar os Departamentos de uma Secretaria que não daquela em que trabalha. Comumente, um profissional de Saúde que trabalha em uma das coordenações da *SAS* conhece bem a estrutura da Secretaria até o nível hierárquico dos departamentos (sempre evocados em siglas), mas talvez hesite ao ter que listar todas as Coordenações de um Departamento no qual não trabalhe. As pessoas apreendem o Ministério a partir das estruturas próximas a seu local de atuação. Se, como sugerem os dirigentes e profissionais da pasta, *o Ministério é um mundo*, as pessoas que vivem dentro dele circulam com mais frequência e familiaridade em apenas um pedaço desse mundo, ao qual passam a pertencer e onde criam identidades.

De uma maneira geral, dirigentes e profissionais de todo o Ministério compartilham de uma identidade comum que é a identificação com a *causa da saúde pública* e com a ideia de que a saúde é um direito, conquista fundamental da criação do *SUS*. Nesse sentido, a maioria dos profissionais e dirigentes do Ministério considera-se como um *militante do SUS*. Dentro desse grande grupo, porém, existem divergências, controvérsias e facções.

Muitas das questões que dividem os *militantes do SUS* remontam a discussões teóricas acirradas ao longo do *movimento sanitaria*, anteriores mesmo à *Reforma Sanitária* e à criação do Sistema. Há, por exemplo, um grupo que concebe a *Reforma* como uma reforma setorial, isto é, uma reforma do setor da saúde; mas há também um grupo que a imagina como um projeto de sociedade e vê a saúde como o meio de transformação (ou revolução) de toda a estrutura social. Há grupos que veem com bons olhos a concessão da gestão de estabelecimentos públicos de saúde a entidades privadas sem fins lucrativos; mas há outros grupos que atacam veementemente esse modelo, afirmando tratar-se de “privatização da saúde”. Há grupos que não veem problema em focar as políticas e programas em benefício daqueles que dependem exclusivamente da saúde pública, direcionando os recursos para atender a população que não possui plano de saúde privado; por outro lado, há aqueles que criticam ferozmente essa ideia, afirmando tratar-se de uma afronta ao princípio da *universalidade*. Há aqueles que defendem a Atenção Básica como *porta de entrada* exclusiva e como nível de atenção mais importante do sistema; há outros que avaliam com mais reserva essa posição.

No Ministério da Saúde, essas divergências não são apenas ideias defendidas por profissionais e dirigentes; antes, elas orientam a elaboração das políticas e programas e, desse modo, são frequentemente traduzidas em ação. Ao longo desta tese, tento reproduzir nas reuniões descritas alguns dos momentos em que disputas teóricas geraram tensões e discussões. Acredito que aprofundar a forma como as controvérsias teóricas inerentes ao movimento sanitaria moldam as políticas elaboradas pelo Ministério da Saúde seria extremamente profícuo, mas o empreendimento foge ao escopo deste trabalho.

Não obstante, é importante notar que, em grande medida, as controvérsias conformam e informam a criação de identidades no interior do grande grupo de *militantes do SUS*. Elas informam os estereótipos corriqueiros – mas não menos significativos – que constituem as identidades atribuídas aos órgãos do Ministério.

Dentro da SAS, por exemplo, cada departamento carrega uma espécie de rótulo ou estereótipo. O DRAC, como já mencionado, é visto como o departamento que executa o trabalho *obscuro e essencial* de manipulação de números, bancos de dados, pagamentos e sistemas de informação. Como o DRAC, o DAE também desperta impressões ambíguas: é visto como um departamento “duro”, excessivamente voltado para os hospitais; por outro lado, é admirado e respeitado pelo seu prestígio e competência, pois abriga políticas politicamente muito importantes, dentre elas, as UPAS, o SAMU, os sistemas de hemoderivados e de transplantes. O DAPES era admirado pela sua mobilização e militância, mas extremamente criticado pela dificuldade de efetivamente colocar suas políticas em ação. Finalmente, o DAB, no tempo em que estive no Ministério, era a “menina dos olhos” da Secretaria, visto como competente, militante e como um dos principais responsáveis pela promoção da transformação do *modelo de atenção*. Como se vê, os valores atribuídos aos diferentes elementos dos *modelos de atenção à saúde* – tanto os criticados quanto os prescritos e almejados – eram projetados e plasmados sobre a estrutura organizacional da Secretaria de Atenção à Saúde. De certa forma, cada órgão, dirigente e profissional, acabava, eles também, carregando os valores associados às tarefas, ações e programas sob sua responsabilidade.

Com algumas adaptações, a estrutura organizacional do Ministério da Saúde tende a ser reproduzida na estrutura de secretarias de saúde dos estados e dos municípios. A segmentação organizacional das secretarias de saúde replica critérios e categorias a partir dos quais o Ministério se organiza. Desse modo, competências e atribuições de seus órgãos dividem-se entre a *atenção* e a *gestão*, e os órgãos dedicados à gestão replicam o destaque conferido pelo Ministério à *vigilância*, à articulação com a sociedade e com os movimentos sociais, à responsabilidade pela carreira e pela educação dos profissionais de saúde. Porém, é no âmbito dos órgãos voltados para a *atenção à saúde* que a reprodução dos critérios e categorias é mais evidente. Encontramos nas secretarias estaduais e municipais de saúde a segmentação organizacional baseada na diferença entre a *atenção básica* e a *atenção especializada (média e alta complexidade)*, como acontece com DAB e DAE; baseada no

esquadrinhamento da população em consonância com o ciclo de vida ou com a exposição ao risco em saúde, como acontece no *DAPES*. Encontram-se ainda, estruturas específicas para gerir programas definidos pelo Ministério da Saúde, como o *SAMU*, as *UPAs*, a assistência farmacêutica e os estabelecimentos hospitalares.

Uma alteração na estrutura do Ministério da Saúde – ou na articulação entre seus órgãos – tende a provocar mudanças na articulação das estruturas municipais e estaduais. Retomemos o exemplo já mencionado do pré-natal e do parto. Sem a articulação entre os órgãos do nível federal, o *DAB* irá financiar consultas de pré-natal que não irão levar em conta as diretrizes previstas pelo *DAPES*; o *DAE* irá financiar o leito obstétrico utilizado no momento do parto (que o *DRAC* emitirá a ordem de pagamento ao *Fundo Nacional de Saúde*), mas sem articular-se com o *DAPES*, para que as ações do parto também sigam as diretrizes estabelecidas por aquele departamento. Além disso, sem articulação entre as ações financiadas e supervisionadas pelo *DAB* e pelo *DAE*, o pré-natal e o parto serão dois serviços desconectados, que a mulher terá de procurar separadamente. Ao se propor a integração dos serviços de saúde, tal como era infinitamente repetido pela proposta das *Redes*, objetivava-se fazer com que *DAB*, *DAPES* e *DAE* dialogassem, a fim de que suas ações fossem repensadas, não mais do ponto de vista da responsabilidade e competência de cada departamento isolado, mas sob a perspectiva da mulher que precisava acessar o sistema e circular no interior dele. Pretendia-se que o conjunto de serviços prestados por esses departamentos e por seus correspondentes *na ponta* fossem articulados como uma *linha de cuidado*.

Como a estrutura federal tende a ser reproduzida no plano local, a articulação entre *DAB*, *DAPES* e *DAE* no nível federal tenderia a provocar a articulação entre os órgãos correspondentes nos níveis estaduais e municipais. Esses órgãos, por sua vez, teriam de promover a articulação entre os estabelecimentos e serviços de saúde sob sua responsabilidade – o posto de saúde, o ambulatório e o hospital. Desse modo, as mudanças no Ministério da Saúde tendem a desencadear uma cadeia de mudanças,

que vai do nível federal aos níveis locais: articulação entre órgãos do Ministério da Saúde, articulação entre órgãos das secretarias estaduais e municipais de saúde, articulação entre os estabelecimentos de saúde onde são realizadas as ações de saúde e, finalmente – e mais importante – articulação entre os inúmeros profissionais de saúde efetivamente responsáveis pela prestação dos serviços.

Nesse sentido, a fala recorrente da Dra. Margareth, segundo a qual a fragmentação *na ponta* era resultado da fragmentação no interior do Ministério não era uma comparação meramente metafórica. Ela dizia respeito à cadeia de transferência de, digamos, “efeitos de articulação” desde os órgãos do Ministério até os processos de trabalho dos profissionais de saúde, tratando-se, pois, de uma metonímia, de eficácia transmitida por efeitos de contiguidade. Tudo se passava como se a articulação entre os órgãos do Ministério pudesse gerar por contágio a articulação entre os órgãos das secretarias e dos estabelecimentos de saúde. Como se a cadeia indesejada de fragmentação pudesse ser alterada por uma cadeia virtuosa de integração. Como não cansava de repetir a Dra. Margareth, as reuniões do Comitê Gestor da Rede Cegonha (e das demais redes) eram, de fato, um espaço-tempo potencialmente criador de transformações.

Por tudo o que ficou dito, percebe-se ainda a importância da participação de todos os órgãos do Ministério que, de alguma forma, pudessem contribuir para colocar em marcha a cadeia de integração. É por isso que, no começo de cada reunião, a Dra. Margareth agradecia um a um a presença dos órgãos do Ministério da Saúde. E aqui retornamos ao ponto em que paramos para explicar a estrutura do Ministério, momento em que, na reunião do *Comitê Gestor da Rede Cegonha*, a Dra. Margareth finalizava seus agradecimentos.

2. A LINHA DE CUIDADO MATERNO -INFANTIL

Findos os agradecimentos, a Dra. Margareth deu início à primeira parte da reunião, os *informes*, e enfatizou que os daquele dia eram importantes. O primeiro deles dizia respeito à apresentação da *Rede Cegonha* à Presidenta e só a menção ao acontecimento causava agitação de todos na sala de reuniões. A Dra. Margareth comunicou que o Ministro não pôde esperar a *apresentação* revisada e *consolidada* das ações da *Rede Cegonha*, pois, convocado pela Casa Civil, compareceu ao encontro com o que tinha em mãos³⁸. Ela relatou que também participou do encontro e que tudo indicava que a proposta havia sido bem aceita pelo Ministro da Casa Civil. Haviam dado *signal verde* para que a política fosse apresentada a Presidenta. Por essa razão, enfatizou, mais do que nunca, era preciso avançar na *consolidação* da proposta. A Dra. Margareth lembrou que a *Rede Cegonha* deveria ser lançada ainda no mês de março e ponderou, agora em tom de preocupação, que não seria possível lançar a política sem *passar pela CIT*.

Pelos comentários que tomaram conta da sala de reuniões, percebia-se que as reações da aprovação da Rede Cegonha pela Casa Civil eram ambíguas. De um lado, dirigentes e *profissionais* das *áreas técnicas* pareciam contentes: expressavam alegria pelo reconhecimento de seu trabalho, além de entusiasmo e de esperança em relação às mudanças e avanços que a nova política viria a proporcionar. Além disso, havia uma satisfação em relação ao processo coletivo de formulação da política e à oportunidade que aquelas reuniões semanais estavam criando para *fazer dialogar* secretarias, departamentos e coordenações do Ministério da Saúde.

Por outro lado, pairava sobre o ambiente uma desconfiança, uma suspeita, um não dito. Conversei com alguns colegas de trabalho sobre isso. Muitas pessoas

³⁸ No começo do governo, muitas das reuniões no Palácio do Planalto eram acompanhadas por dirigentes do alto escalão do Ministério da Saúde e da Casa Civil. Posteriormente, porém, as reuniões com dirigentes de alto escalão foram ficando mais raras. Do mesmo modo, aumentaram em número os encontros entre dirigentes e assessores de órgãos hierarquicamente mais baixos.

reconheciam a existência de um desconforto, mas a maioria não sabia apontar com precisão a sua origem. Naquele momento, eu tampouco era capaz de reconhecer por que, apesar do entusiasmo que criava, a *Rede Cegonha* parecia gerar também constrangimentos. Agora, olhando retrospectivamente, arriscaria três hipóteses para explicar as tensões despertadas pela política.

Em primeiro lugar, havia um desconforto em relação ao escopo da política. Militantes do movimento feminista e militantes da saúde para a mulher defendem que as políticas de saúde voltadas para o público feminino considerem a mulher em sua totalidade e em sua *integralidade*. Acredita-se que as *ações de atenção* dessas políticas devem considerar todo o corpo da mulher (em oposição aos órgãos da reprodução) e devem levar em conta os diferentes papéis sociais pelas mulheres desempenhados (e não apreendê-la exclusivamente como um corpo biológico reprodutor). A posição defendida critica as políticas de saúde voltadas para a população feminina que vigoraram ao longo de quase todo o século XX, nas quais, muitas vezes, o objetivo principal era o controle populacional. Nelas, o corpo feminino era visto exclusivamente em sua dimensão reprodutiva, as *mulheres parideiras* reduzidas a seus úteros.

Como uma política voltada para os *cuidados materno-infantis*, a *Rede Cegonha* era percebida por muitas profissionais do Ministério da Saúde com um retrocesso – inclusive (ou principalmente) por profissionais da Coordenação da Saúde da mulher, responsáveis por sua formulação. A Rede Cegonha foi inúmeras vezes acusada de representar um retorno aos tempos em que a mulher não era apreendida em sua *integralidade*. O silêncio da Rede Cegonha em relação ao aborto, uma das maiores causas de mortalidade materna no país, fazia piorar essa situação.

Em segundo lugar, fui notando aos poucos que no, Ministério da Saúde, o trabalho realizado sob pressão de tempo era frequentemente considerado como um trabalho mal feito – embora assim se trabalhasse grande parte do tempo. A área da saúde mantém uma relação de grande proximidade com a Academia e com a pesquisa e,

não fosse por pressões de tempo, profissionais e dirigentes se reuniriam incontáveis vezes para analisar e discutir os inúmeras aspectos de todas as políticas antes qualquer decisão fosse tomada. Por essa razão, a pressa com que a *Rede Cegonha* precisava ser concebida e lançada certamente instaurava uma espécie de desconforto.

Finalmente, acredito que a terceira origem das tensões que às vezes invadiam a sala de reuniões naquele primeiro semestre de 2011 devia-se ao momento, que era de início de governo. Era a primeira vez em muitos anos que o Ministério da Saúde seria novamente administrado por representantes do Partido dos Trabalhadores. Grande parte dos dirigentes havia sido recentemente nomeada e, por isso, ainda se encontrava em curso um processo de reacomodação de forças e prestígios dos profissionais. Profissionais antes sem destaque emergiam aos olhos dos novos dirigentes, ao passo que outros, de renome, passavam a ocupar posições mais marginais na repartição. O processo criava tensões dentro dos órgãos e, em alguns casos, essas tensões acabavam projetadas para dentro das reuniões do *Comitê Gestor*. Esse movimento – comum aos momentos em que ocorre troca de poder – criava uma sensação de imprevisibilidade e de instabilidade. Passaria com o tempo.

A Dra. Margareth deu prosseguimento aos *informes*. O segundo dizia respeito à estrutura de reuniões e grupos de trabalho desenhada para dar conta dos *processos coletivos e participativos* de elaboração e acompanhamento das políticas de *Redes* na *SAS*. Ela lembrou que há dois meses vinham se reunindo no *Comitê Gestor da Rede Cegonha*. Com o desenrolar dos trabalhos, notaram que as reuniões do *Comitê Gestor* se apoiavam nas atividades desenvolvidas por um grupo menor, que nos encontros eram responsáveis por fazer a apresentação e por recolher as sugestões que seriam agregadas para a apresentação da reunião seguinte. Esse grupo foi então denominado o *Grupo Executivo da Rede Cegonha* e sua responsabilidade era fazer com que o trabalho de construção das *Redes* continuasse acontecendo no intervalo das reuniões semanais do *Comitê Gestor*. O *Grupo Executivo* não precisava responder ele mesmo por todas as demandas de pesquisa e aprimoramento resultantes das

reuniões do *Comitê Gestor*, mas cabia-lhe cobrar respostas dos responsáveis e *consolidar as informações na apresentação do Power Point*, garantindo a execução do trabalho no prazo determinado.

Dra. Margareth esclareceu que o Comitê Gestor e o Grupo Executivo vinham funcionando bem como espaços para a construção da política, mas afirmou que ainda não eram suficientes. Assim, no informe daquele dia anunciou a criação de dois outros grupos que contribuiriam para a formulação da política: o *Comitê de Especialistas* e o *Comitê de Mobilização*. A Dra. Margareth esclareceu que o *Comitê de Especialistas*, formado por um grupo de profissionais renomados, seria acionado para analisar, emitir pareceres e contribuir com os aspectos técnicos da *Rede Cegonha*. O *Comitê de Mobilização*, por sua vez, constituído por associações profissionais e acadêmicas, por organizações do terceiro setor e por membros de movimentos sociais também seria chamado a opinar sobre a política e seria ainda mais crucial no momento da *implementação*. Finalmente, acrescentou, tudo isso deveria ser formalizado em uma Portaria.

Findos os *informes*, era hora de seguir com a *apresentação* da Rede Cegonha. Naquele dia, a exposição também foi conduzida pela Dra. Frida. Na televisão se via o primeiro slide do arquivo *de Power Point*, onde se lia: “Rede Cegonha – estratégia de qualificação da atenção materna e infantil”. Sabendo-se que o nome da política não poderia ser alterado, ele passara a figurar na página inicial do documento.

Dra. Frida não se deteve nos slides iniciais, já discutidos exaustivamente em outras reuniões. Ela fez apenas uma leitura rápida de seus pontos mais essenciais: diagnóstico dos principais problemas identificados na *saúde materno-infantil*; *princípios, diretrizes e objetivos* da *Rede Cegonha*. Finalmente, deteve-se em um slide que trazia o seguinte título: *a linha de cuidado da saúde materno-infantil*.

Nas Redes de Atenção à Saúde, as *linhas de cuidado* descrevem o fluxo assistencial daquilo que se identifica como *o ponto de vista do usuário* no sistema de saúde. Ela

traça o itinerário a ser percorrido pelo *usuário* a fim de que tenha todas as suas *necessidades de saúde* atendidas e respondidas. Nesse sentido, as *linhas de cuidado* vão ao encontro do princípio da *integralidade*, pois visam a garantir que sejam acessados *as ações e os serviços de saúde* de *prevenção*, de *tratamento* e de *reabilitação* em todos os *níveis de complexidade* da atenção. Em síntese, a *linha e cuidado* é compreendida como o caminho a ser percorrido pelo usuário para que tenha acesso ao *cuidado integral*.

Na reunião que antecedeu o encontro ora descrito, as *ações* previstas para a *Rede Cegonha* foram apresentadas no formato de uma lista. Na lista de *ações*, a *Rede Cegonha* foi apresentada como uma política composta por quatro componentes: o *componente do pré-natal*, o *componente da atenção ao parto e nascimento*, o *componente do puerpério e atenção à criança* e o *componente logístico*. Na apresentação aludida, as *ações da política* apareciam enumeradas sob o título de seus componentes, tal como aparecem no quadro abaixo.

OS COMPONENTES DA REDE CEGONHA

I – Componente pré-natal:

- (a) realização do pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- (b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação, classificação de risco e vulnerabilidade;
- (c) acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno;
- (d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual de alto risco acesso aos resultados em tempo oportuno;
- (e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- (f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- (g) implementação de estratégias de implementação de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- (h) prevenção e tratamento da DST/HIV/AIDS e Hepatites;
- (i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local e que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

II – Componente Parto e Nascimento:

- (a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades

- regionais;
- (b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N°36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
 - (c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial de Saúde, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e nascimento”;
 - (d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto, e pós-parto imediato;
 - (e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
 - (f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
 - (g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.

III – Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

- (a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
- (b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- (c) busca ativa de crianças vulneráveis;
- (d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- (e) prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites;
- (f) orientação e oferta de métodos contraceptivos.

IV – Componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação:

- (a) promoção, nas situações de emergência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Cegonha cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;
- (b) implantação do modelo “vaga sempre”, com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto;
- (c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

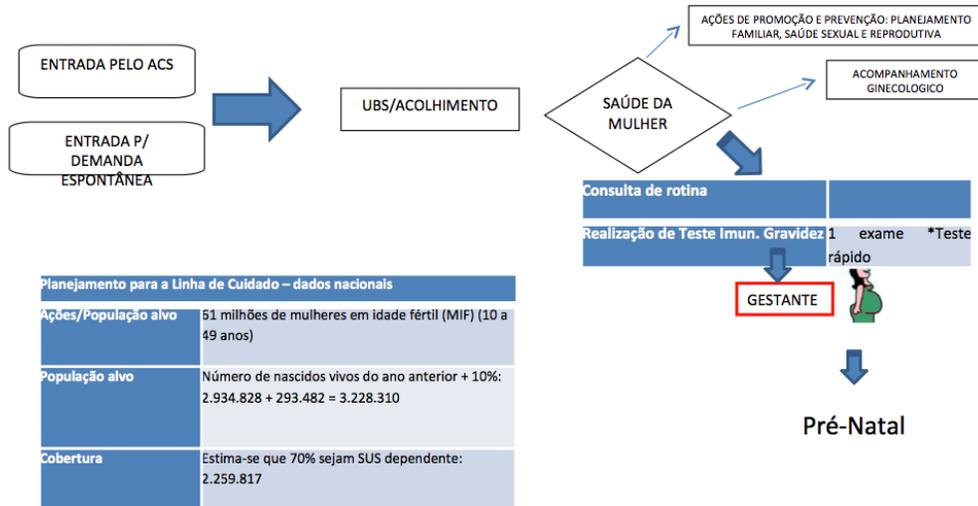
Na reunião anterior àquela, a disposição das ações da *Rede Cegonha* em forma de uma lista havia sido bastante criticada. Afirmava-se que, apresentada daquela maneira, a lista de ações não era capaz de transmitir a ideia de *integração dos serviços* e de *integralidade do cuidado*, conceitos fundamentais na concepção da política. Por essa razão, a *Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher* havia

preparado um fluxograma que consideravam expor de forma mais dinâmica o percurso da mulher por toda a *linha de cuidado*, desde o momento em que é *captada* e *entra no sistema*, até o acompanhamento que deveria receber no período do pós-parto.

Sobre a tela da televisão, os slides mostravam fluxogramas com caixas de texto conectadas por setas. As caixas de texto indicavam os *serviços de saúde ou pontos de atenção* previstos pela *Rede Cegonha*, representando os locais onde a *atenção à saúde* deveria acontecer. As setas indicavam o deslocamento das gestantes pelos *pontos de atenção*; mostrando como, depois de *acolhidas*, deveriam circular entre os *estabelecimentos de saúde*. Além disso, em alguns casos, pequenos quadros constavam ao lado das caixas que indicavam *estabelecimentos* ou *pontos de atenção*. Os quadros detalhavam todas as *ações de assistência* que, naquele local, a gestante deveria receber. Enquanto mostrava os slides, a Dr. Frida comentava com minúcia cada detalhe da passagem da gestante pela Rede. Os exemplos abaixo foram tirados de uma *apresentação* semelhante exibida na *CIT* do dia 24 de março de 2011³⁹.

³⁹ A apresentação completa pode ser encontrada no site da Comissão Intergestores Tripartite:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=36584
(Acessado em 06 de junho de 2013).

CUIDADO À GESTANTE



Planejamento para a Linha de Cuidado – dados nacionais	
Ações/População alvo	51 milhões de mulheres em idade fértil (MIF) (10 a 49 anos)
População alvo	Número de nascidos vivos do ano anterior + 10%: 2.934.828 + 293.482 = 3.228.310
Cobertura	Estima-se que 70% sejam SUS dependente: 2.259.817

CUIDADO À GESTANTE

GESTANTE

↓

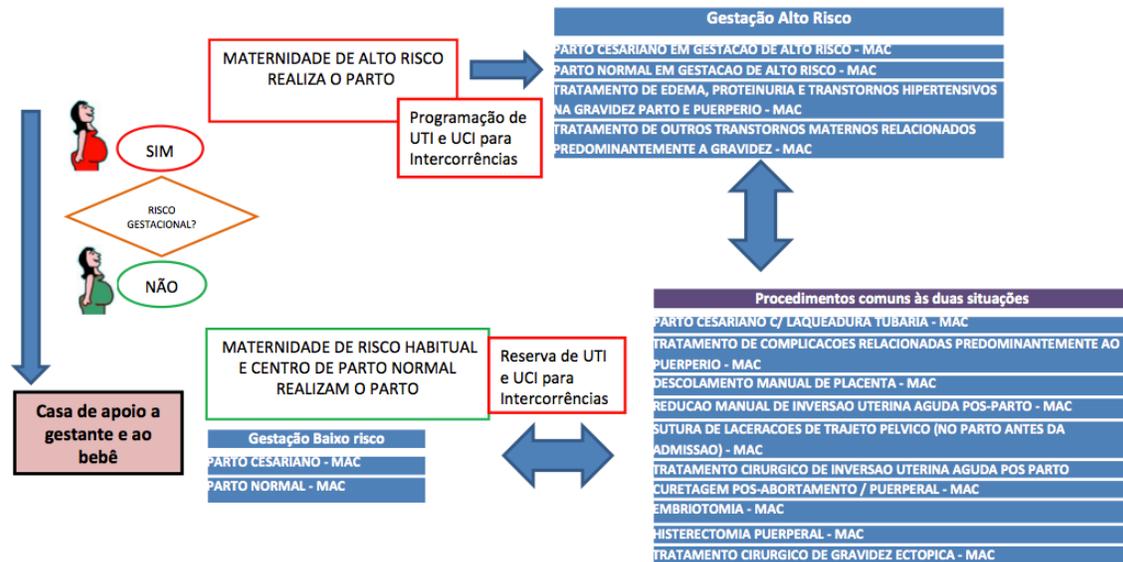
Todas as gestantes*	
Ações	Parâmetros
Reuniões educativas. unid./gestante	4 reuniões/ gestante
ABO	1 exame / gestante
Fator RH	1 exame / gestante
Teste Coombs indireto para RH-	1 exame para 30% do total gestantes
EAS	2 exames / gestante
Glicemias	2 exames / gestante
VDRL	2 exames / gestante
Hematócrito	2 exames / gestante
Hemoglobina	2 exame / gestante
Sorologia para toxoplasmose (IGM)	1 exame / gestante
HBsAg	1 exame / gestante
Anti-HIV1 e anti-HIV2	1 exame / gestante
Coleta triagem neonatal	1 coleta / gestante
Consulta médica puerpério/gestante	1 consulta /puérpera
Ultrassom obstétrico	1 exame/gestante
Citopatológico cervico-vaginal	1 exame / gestante
Dosagem de Proteinúria-fita reagente	1 exame / gestante
Consulta odontológica	1 consulta

*Fontes: Manual de Gestão de Alto Risco e Caderno de Atenção primária de Pré-Natal e Puerpério (no prelo)

PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO NO CENTRO DE REFERÊNCIA, SOB ACOMPANHAMENTO DA EQUIPE DE APS

Pré-natal alto risco*	15% das gestantes (484.246 geral e 338.972 SUS dependente)
Ações	Parâmetros
Cons. Especializadas	5 consultas/gestante de alto risco
Teste de tolerância à glicose	1 teste/gestante de alto risco
Ultrassom obstétrico	2 exames/gestante de alto risco
ECG	1 exame/gestante de alto risco
US Obstétrico com Doppler	1 exame/gestante de alto risco
Cardiotocografia	1 exame/gestante de alto risco
Contagem de Plaquetas	1 exame/gestante de alto risco
Dosagem de Ureia, Creatinina e Ac. Úrico	1 exame/gestante de alto risco
Consulta Psicossocial	1 exame/gestante de alto risco
Urocultura	1 exame/gestante de alto risco
Dosagem de proteínas-urina 24h	1 exame/gestante de alto risco

CUIDADO À GESTANTE E AO RECÉM-NASCIDO



Coube à Dra. Frida descrever a *linha de cuidado materno-infantil*. Ela deveria apresentar as *ações* ofertadas pela *Rede Cegonha* não como uma lista, como havia feito em encontros anteriores, mas a partir de uma perspectiva de *acesso* e de circulação pelo sistema de saúde que se acreditava ser aquela da usuária. A *apresentação* mostrava os *serviços e as ações de saúde* que a gestante receberia em cada *ponto de atenção* ou *estabelecimento da Rede*.

A Dra. Frida deu início a sua fala explicando que a *captação* da gestante pelo sistema era o primeiro momento da *linha de cuidado materno-infantil* e deveria ser a primeira *ação* realizada pela *Rede Cegonha*. A *captação* poderia acontecer de duas maneiras: *por demanda espontânea*, quando as gestantes tomam a iniciativa de procurar o posto de saúde; ou em visitas domiciliares, quando *usuárias* poderiam

ser captadas pelos ACS (Agentes Comunitários de Saúde). Conforme explicou, para os objetivos da *Rede Cegonha* não importava a forma de *captação*. Mais importante era conseguir realizar a *captação precoce*, isto é, a gestante deveria ser *acolhida*⁴⁰ na Unidade Básica de Saúde pela *equipe da atenção básica* antes de completar a 12^a semana de gestação.

Dando continuidade à descrição da *linha de cuidado materno-infantil*, a Dra. Frida explicou que, nos casos em que as mulheres não estivessem certas da gravidez, as equipes da atenção básica deveriam lhes disponibilizar um teste rápido de gravidez. Se negativo, a mulher deveria receber orientações sobre *saúde sexual e reprodutiva*, além de ter acesso a meios e medicamentos anticoncepcionais, se assim o desejassem. Se o teste fosse positivo, a gestante deveria ser encaminhada ao segundo momento da *linha de cuidado materno-infantil*: a classificação de risco e a realização dos exames.

Uma vez *acolhida* na UBS, a mulher deveria ser examinada e classificada como *gestante de risco habitual* ou como *gestante de alto risco*. A *classificação de risco* é um procedimento cada vez mais utilizado nos serviços e estabelecimentos de saúde. É uma prática que teve início nos *serviços de pronto-atendimento* e consistia em classificar, ordenar e atender os pacientes em conformidade com o grau de urgência de sua situação. A ideia era organizar a fila e dar prioridade aos casos mais graves, em oposição às filas ordenadas por ordem de chegada. Essa é a forma clássica da *classificação de risco* e pode ser observada em inúmeros prontos-socorros, onde pacientes com pulseiras vermelhas são atendidos imediatamente, pacientes com pulseiras amarelas ou alaranjadas têm prioridade de atendimento, e pacientes com pulseiras verdes permanecem mais tempo na fila.

O princípio é semelhante na *classificação de risco* das gestantes. Nesse caso, porém, a *classificação de risco* não visa a estabelecer o tempo de resposta no momento do

⁴⁰ Para uma etnografia da Atenção Básica em Saúde ver Pereira, 2012.

atendimento, mas a determinar o tipo de *atenção* e *cuidado* que a gestante deve receber. Ao passar pela *classificação de risco*, a gestante é submetida a uma série de perguntas sobre sua situação de saúde: histórico de aborto espontâneo, diabetes, pressão arterial, dentre outras. A partir dessas perguntas, é classificada como *gestante de risco habitual* ou *gestante de alto risco*. Em seguida, ela é encaminhada à realização dos exames.

A realização dos exames de pré-natal foi descrita como o terceiro momento da *linha de cuidado materno-infantil*. As *gestantes de alto risco* deveriam passar por uma bateria mais numerosa de exames, e os profissionais da *atenção básica* a acompanhariam mais de perto. Quando necessário, as *gestantes de alto risco* também seriam acompanhadas por profissionais da *atenção especializada*. Para isso, era importante que cada *Unidade Básica de Saúde* soubesse exatamente com que serviços de *atenção especializada* poderiam contar, ou seja, era preciso que os *estabelecimentos de saúde* – postos de saúde, ambulatórios e hospitais – estivessem articulados e conectados entre si. A Dra. Frida enfatizou que, nesse sentido, a criação de uma *grade de referência* entre as *Unidade Básica de Saúde* e os *serviços de atenção especializada da média e da alta Complexidade* seria fundamental. A grade ajudaria os profissionais da *atenção básica* a identificar para onde *encaminhar* suas gestantes. Era na construção desses elos que as *Redes* seriam constituídas e de elos como esses dependia a superação da *fragmentação*.

Dando continuidade à descrição do terceiro momento da *linha de cuidado materno-infantil*, o momento da realização dos exames, a Dra. Frida explicou que os profissionais da *atenção básica* também deveriam garantir que as gestantes realizassem exames de *DST/AIDS*, exames de hepatites e de sífilis, além de todos os outros exames de rotina. Ela destacou que, tão importante quanto a realização dos exames eram, em primeiro lugar, a obtenção dos resultados em *tempo oportuno* e, em segundo lugar, o devido encaminhamento da gestante ao tratamento. Observou que, em muitos lugares, não era incomum os resultados serem devolvidos muitos meses após a realização dos exames, o que poderia dificultar ou mesmo impedir o

tratamento. Além disso, continuou explicando, também era considerável o número de casos em que as mulheres, embora diagnosticadas, não eram encaminhadas para os *serviços e estabelecimentos de saúde* onde pudessem receber tratamento. Conforme enfatizou, ambos os problemas, mais uma vez, refletiam a fragmentação do sistema e a falta de articulação entre seus serviços e estabelecimentos.

O quarto momento da *linha de cuidado materno-infantil* tal como previsto pela *Rede Cegonha* consistia na realização das consultas de pré-natal. A Dra. Frida explicou que no mínimo seis consultas deveriam ser realizada ao longo da gestação. Uma última consulta deveria acontecer no puerpério, no máximo 42 dias após o parto. Além das consultas de pré-natal, o quarto momento também previa uma *ação* fundamental: a vinculação da gestante ao local onde realizaria o parto. Desde o momento do pré-natal a gestante deveria saber para onde se dirigir na hora de ter o bebê. Os hospitais, por sua vez, deveriam assumir o compromisso de sempre atender as parturientes que lhes fossem vinculadas.

Dra. Frida explicou que a vinculação da gestante ao local do parto visava colocar fim a um problema antigo e surpreendentemente ainda comum no país: a *peregrinação das gestantes* no momento do parto. Coincidentemente, naquela mesma semana o noticiário havia mostrado a história de duas gestantes que passaram por mais de três hospitais antes de serem *acolhidas*. Na sala de reuniões, a menção ao fato desencadeou uma escalada de conversas paralelas, além de inúmeras exclamações de repúdio ao fato. A sala tornou-se barulhenta e o silêncio só foi estabelecimento quando a Dra. Frida elevou a voz e repetiu inúmeras vezes que a *peregrinação das gestantes* não seria em nenhuma hipótese tolerada. Tendo o silêncio se restabelecido, a Dra. Frida passou o slide e deu prosseguimento à *apresentação*.

Em tom de muito contentamento, a Dra. Frida anunciou que a *Rede Cegonha* financiaria o transporte da gestante para as consultas de pré-natal e para o local do parto. Explicou que, embora para algumas pessoas isso pudesse parecer improvável, muitas mulheres não compareciam ao pré-natal pela simples razão de não ter ou

não poder gastar o dinheiro do transporte. Por isso, reiterou, o repasse de recursos para o transporte era fundamental. Afirmou que ainda não estavam certas sobre a maneira como operacionalizar a ideia, mas relatou que haviam pensando em vincular o repasse ao cadastro das mulheres no *Sispré-natal*⁴¹. Uma vez cadastradas, receberiam o dinheiro, que poderia ser retirado na Caixa Econômica Federal ou repassado pelo cartão do Bolsa Família. Mencionou ainda que já haviam se encontrado algumas vezes com o pessoal da Casa Civil e do MDS (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome) a fim de averiguar a viabilidade e os instrumentos necessários para a concretização da proposta. Assim que o instrumento fosse definido, concluiu, os detalhes da proposta seriam incorporados à apresentação.

Em seguida, Dra. Frida abordou o quinto momento da *linha de cuidado materno-infantil*: o momento do parto. O slide sobre a tela da televisão trazia a imagem de uma gestante da qual saíam duas setas. A primeira indicava que a *gestante de risco habitual* deveriam encaminhar-se para uma *maternidade de risco habitual* ou para um *Centro de Parto Normal*. A segunda seta indicava que a mulher com *gestação de risco* deveria ser encaminhada para uma *maternidade de alto risco* (ver imagem no slide acima). Em ambos os casos, a Dra. Frida enfatizou, as mulheres já deveriam ter sido *vinculadas* a essas maternidades desde o *pré-natal*. Dra. Frida explicou que, ao chegar à maternidades, as gestantes deveriam passar pelo *acolhimento com classificação de risco*, para que lhes fosse dispensada a atenção coerente com o seu estado. Devidamente acolhidas, era importante garantir-lhes a realização de um *parto humanizado*.

A Dra. Frida reiterou que, além de visar à diminuição da *morbimortalidade materno-infantil*, a *Rede Cegonha* também pretendia transformar o *modelo de atenção ao*

⁴¹ O *Sispré-natal* é um sistema de informação criado no ano 2000 no qual as gestantes e todas as ações de atenção que lhes forem dispensadas devem ser cadastradas. O *Sispré-natal* teve diversos problemas de implementação e, tal como inúmeras outras políticas, no primeiro semestre de 2011 encontrava-se em processo de revisão e de reformulação.

parto e nascimento. Nesse sentido, acrescentou, a *Rede Cegonha* tinha dois objetivos fundamentais. Em primeiro lugar, pretendia colocar fim às práticas de cesarianas desnecessárias e reduzir suas taxas – as maiores do mundo. Em segundo lugar, pretendia combater a violência no momento do parto, fato absurdo mas também corriqueiro.

Ela explicou que transformar o *modelo de atenção ao parto e nascimento* significava não somente garantir a *integralidade* do cuidado. Para isso, era preciso reconhecer as mulheres, suas necessidades e seus sofrimentos em todas as suas dimensões. Era preciso oferecer assistência para que fossem aliviadas suas dores físicas, mas também suas aflições. Além disso, era importante assegurar que a parturiente se sentisse confortável e segura no momento anterior e na hora do parto. Nesse sentido, uma das grandes apostas da *Rede Cegonha* consistia na transformação da relação dos profissionais de saúde com as *usuárias*, que não deveriam ser tratadas pelas equipes de saúde como objetos, mas como sujeitos que eram. Conforme argumentou, a transformação da relação entre os profissionais e a parturiente era o começo e o fim do que considerava como *as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento*. Apontando para o slide, a Dr. Frida leu o que seriam as *boas práticas*: o “direito ao acompanhante durante a internação, o parto e o pós-parto”; a “liberdade de posição no parto”; a “oferta de métodos de alívio da dor”; o “contato pele a pele mãe e bebê”.

A fala da Dra. Frida foi imediatamente seguida pela intervenção do Dr. Bruno, um médico de mais de 60 anos, muito respeitado e um dos poucos dirigentes que estava há muito anos no Ministério. Ele elogiou a apresentação e disse concordar com todos os *princípios, diretrizes e objetivos* da *Rede Cegonha*. Relatou, porém, que já havia desenvolvido muitos *projetos concretos* de configuração e implementação de *Redes regionais de Atenção à Saúde*. Ele afirmou conhecer de perto as dificuldades de levar um tal projeto adiante e, por essa razão, esclareceu que duas coisas na apresentação daquele dia o incomodavam.

A primeira, segundo explicou, dizia respeito à *pasteurização* que a Rede Cegonha parecia impor à *linha de cuidado materno-infantil*. Citando Milton Santos, argumentou que cada *região de saúde* é um *território vivo*, com peculiaridades, idiosincrasias e necessidades próprias. Nesse sentido, a implementação de uma *Rede de Atenção à Saúde* não poderia basear-se num modelo padronizado. Ao contrário, deveria ser precedida de um diagnóstico das *necessidades de saúde* de cada território. Era preciso conhecer a *capacidade instalada* local e as carências de cada região. A *Rede* deveria superar as carências identificadas com a criação de novos estabelecimentos, bem como incentivar a *integralidade do cuidado* promovendo a articulação e a cooperação entre os serviços já existentes. Por essa razão, pela peculiaridade de cada território, concluiu, era tão difícil conceber, desde Brasília, uma política que se aplicasse a todo o país.

O segundo incômodo, conforme explicou, dizia respeito à capacidade do Ministério para fazer acontecer *na ponta* as propostas da *Rede Cegonha*. Conforme explicou, essa dificuldade aumentava consideravelmente quando a proposta da política não se restringia a intervenções pontuais, mas objetivava a mudança do *modelo de atenção*. Transformar *o modelo* implicava transformar a relação entre os profissionais de saúde e os *usuários*, o que significava uma mudança profunda das atitudes dos profissionais. Do mesmo modo, articular, coordenar e conectar *estabelecimentos de saúde* também significava, em última instância, transformar as pessoas e suas atitudes. Em ambos os casos, tratava-se de promover a mudança em um dos fatores mais difíceis de serem transformados: os processos de trabalho dos profissionais de saúde.

O Dr. Bruno explicou que, pelas razões que apontara, ele se mostrava cético em relação à *implementação* da política em larga escala. Como, por exemplo, desde Brasília, certificar-se de que profissionais de postos de saúde, de ambulatórios e de hospitais estariam realizando de fato todas as *ações de saúde* conforme os *padrões de qualidade e de cuidado* previstos pelo Ministério? Como poderiam saber se, ao realizar as *ações* previstas, estariam de fato seguindo as *diretrizes* que deram origem

a essas *ações*? Como saberiam se a parturiente teve garantido o direito de ter ao seu lado um acompanhante? Como saberiam se ela de fato pôde escolher a posição do parto? Mais que isso, argumentou, não estava certo se tinham o direito de intervir tão profundamente nas práticas de outros profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, fisioterapeutas. O Ministério iria lhes impor o que era e o que não era correto? Para o Dr. Bruno, os processos de implementação de *Redes de Atenção à Saúde*, por sua complexidade, deveriam ser conduzidos aos poucos, com cuidado e com um acompanhamento cuidadoso do Ministério. Nesse sentido, questionou, a concepção da Rede Cegonha não estaria de certa forma afastada da realidade?

A Dra. Frida retomou a palavra afirmando que começaria sua resposta a partir da última questão: como garantir que as *ações* previstas pelo Ministério seriam de fato realizadas *na ponta*? Concordou com o Dr. Bruno e afirmou que, de fato, o Ministério não poderia garantir nada, exatamente porque não poderia e tampouco deveria intervir diretamente nas práticas dos profissionais de saúde. No entanto, questionou, não era esta uma condição perene do Ministério? Não era esta uma condição invariavelmente presente em todas as políticas de saúde concebidas no âmbito do governo federal?

Tendo como fundamento o *princípio* da *descentralização*, as atribuições e competências do Sistema Único foram distribuídas (ora divididas ora compartilhadas) entre o governo federal, os estados e os municípios. Como corolário dessa distribuição de competências, o Ministério compartilha com estados e municípios a responsabilidade por *planejar, regular e financiar* as políticas de saúde. No entanto, não cabe a ele efetivamente prestar os serviços de saúde à população – responsabilidade de estados e municípios. Daí a afirmação da Dra. Frida, segundo a qual a intervenção efetiva do Ministério era uma grande dificuldade, já que ele não pode influenciar as políticas de saúde sem o consentimento, a cooperação e a mobilização dos *gestores locais*, os secretários estaduais e municipais de saúde.

Dra. Frida seguiu explicando que, apesar da dificuldade do Ministério para intervir e transformar os serviços de saúde prestados *na ponta*, ele poderia, não obstante, promover, incentivar e financiar ações que levassem a essa transformação. Era reconhecida a *inseparabilidade entre a gestão e a atenção*, e o Ministério poderia incentivar a implantação de práticas de gestão que contribuíssem para a implementação das *boas práticas na atenção*. Por essa razão, continuou, a *Rede Cegonha* também previa *ações* cujo objetivo era melhorar as *práticas de gestão* nas secretarias (estaduais e municipais) e nos *estabelecimentos* de saúde. A melhoria da gestão, por sua vez, contribuiria para a consolidação das *boas práticas de parto e nascimento*. Para melhorar a gestão, apostariam na criação de espaços de discussão de casos e de trocas de experiências entre profissionais e gestores.

Para garantir o engajamento das instituições hospitalares, continuou, fariam *contratualizações* com os hospitais, estabelecendo *metas quantitativas e qualitativas*. Ao *monitorar os indicadores* previstos nas *contratualizações*, estariam induzindo os hospitais a incorporar *práticas qualificadas de atenção ao parto e nascimento*. Era assim que pensavam em influenciar as práticas das instituições hospitalares e dos profissionais. Afirmou, ainda, que um *grupo de trabalho* havia sido montado para pensar como aconteceria a *contratualização* com os hospitais.

Dra. Frida passou então a responder a primeira objeção do Dr. Bruno: como fazer com que uma política concebida para todo o país, desde Brasília, pudesse se adequar às peculiaridades de cada território onde seria implementada? Argumentou que não estavam passando ao largo da diversidade encontrada no país. Reconheciam as peculiaridades e as grandes diferenças de *necessidade de saúde de cada macrorregião*. Para a Amazônia Legal e para o Nordeste, por exemplo, haviam pensado ações específicas voltadas para *qualificação* e a *vinculação* das parteiras às *Unidades Básicas de Saúde*⁴². Explicou ainda que as propostas da *Rede Cegonha* não seriam utilizadas como uma fôrma ou como um método de *pasteurização*. Ao

⁴² Para uma abordagem sobre o trabalho das parteiras e sua relação com as políticas de saúde ver Fleischer, 2007.

contrário, deveriam ser tomadas como um rol de possibilidades ofertadas. Antes de implementá-la, porém, certamente iriam conhecer e identificar as *necessidades de saúde* de cada *região*, a fim de disponibilizar e ofertar *ações* coerentes com as especificidades de cada território. Estava claro, concluiu, que não poderiam ter *abordagens* idênticas para a Amazônia Legal e o interior de São Paulo.

Dr. Bruno pareceu ter ficado satisfeito com as respostas da Dra. Frida, que em seguida retomou a apresentação. Apontando para o slide projetado na televisão, deu prosseguimento à exposição da *linha de cuidado materno-infantil* e repetiu as *ações* previstas para garantir as *boas práticas de parto e nascimento*. Argumentou que era preciso reconhecer que, em muitas instituições hospitalares, as dificuldades encontradas não eram apenas *problemas de gestão* ou *problemas de atenção*. Também existiam *carências mais objetivas*, isto é, falta de infraestrutura. Muitas maternidades, explicou, sequer tinham a *ambiência* adequada à *RDC 36 da Anvisa*⁴³. Pouquíssimas contavam com *Centros de Parto Normal* – unidades hospitalares que deveriam promover e abrigar o parto normal e natural. Além disso, faltavam leitos obstétricos, faltavam leitos obstétricos de alto risco, faltavam *leitos de UTI* (Unidades de Terapia Intensiva) para adultos (caso a parturiente apresentasse complicações), leitos de *UTI e de UCI* (Unidades de Cuidados Intermediários) *neonatais* (caso o bebê precisasse de cuidados especiais), faltavam equipamentos de saúde e algumas vezes até materiais.

Por essa razão, a Dra. Frida continuou explicando, a *Rede Cegonha* também pretendia solucionar problemas de infraestrutura. A política disponibilizaria recursos para: reforma e adequação da *ambiência* das maternidades em conformidade com a *RDC Nº36 da Anvisa*; reforma, ampliação, construção e compra

⁴³ A estrutura física e tecnológica dos estabelecimentos de saúde é definida, regulada e fiscalizada pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). A Resolução RDC Nº 36 “dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Pode ser encontrada aqui: http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608_1_rdc36.pdf (Acessado em 25 de março de 2013).

de equipamentos para *Centros de Parto Normal e Casas da Gestante e do Bebê*; recurso e equipamentos para criação de *novos leitos obstétricos, novos leitos obstétricos de alto risco, leitos de UTI adulto, de UTI e de UCI neonatal*. Além disso, a Rede Cegonha financiaria os *leitos canguru*, leitos exclusivos para que mães e pais de crianças prematuras mantenha-las coladas a seu corpo (e não na incubadora).

Dra. Frida passou o slide da *apresentação* e retomou a descrição da *linha de cuidado materno-infantil*, isto é, a descrição do fluxo das gestantes pelos estabelecimentos e serviços de saúde que fariam parte da *Rede Cegonha*. Tendo apresentado os dois primeiros componentes da política – o pré-natal e o *parto e nascimento* –, passou então à apresentação do terceiro componente – o *puerpério e a atenção integral à saúde da criança*. Prosseguiu seu relato descrevendo o momento seguinte ao parto. Nesse momento, as primeiras *ações* diziam respeito aos cuidados com o bebê. Era importante que fossem realizados todos os exames dos primeiros dias de vida. Além disso, profissionais de saúde deveriam esclarecer a importância da amamentação materna imediatamente após o nascimento. Dra. Frida enfatizou que, ainda no hospital, a puérpera deveria receber orientações sobre *aleitamento materno e alimentação saudável*. O momento seguinte da *linha de cuidado* teria início com a alta do hospital.

Para garantir a *integralidade e a continuidade do cuidado*, ao deixar o hospital, a puérpera deveria ser imediatamente *contra-referenciada* para uma Unidade Básica de Saúde – de preferência aquela onde recebeu o acompanhamento do pré-natal. Nesse momento, a equipe da *atenção básica* deveria novamente assumir a responsabilidade pela atenção dispensada à puérpera e ao bebê. As seguintes ações ficariam sob sua responsabilidade: realização da visita domiciliar; orientação sobre aleitamento materno; orientação sobre educação sexual, reprodutiva e uso de contraceptivos. A *Rede Cegonha* previa, ainda, a prevenção e o tratamento a DST/AIDS e hepatites, a garantia à criança de todas as vacinas previstas pelo SUS e a *busca ativa de crianças vulneráveis*.

O último slide da apresentação da *linha de cuidado materno-infantil* trazia o título “sistemas logísticos”. A Dra. Frida explicou que se tratava de um componente da Rede diferente dos demais. Não se referia às ações de saúde que deveriam ser realizadas em um *estabelecimento de saúde* específico; antes, dizia respeito às ferramentas e aos instrumentos necessários para garantir a circulação da usuária (e das informações sobre ela) ao longo da *Rede*. Portanto, os *sistemas logísticos* eram os laços que conectariam os nós/pontos de atenção da *Rede*, garantindo a *continuidade do cuidado* e a *integralidade da atenção*.

A *Rede Cegonha* previa dois instrumentos de logística: o *transporte* e a *regulação*. Algumas das ações prevista para o transporte eram adaptações a serem implantadas no *SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)*, cujas ambulâncias além de serem equipadas com *incubadoras* e *ventiladores neonatais*, também deveriam estar disponíveis para as situações de urgência e emergência obstétrica. Dra. Frida afirmou saber da dificuldade de acionar o *SAMU* para o socorro de grávidas, mas reiterou que isso deveria mudar. Os *médicos reguladores do SAMU* deveriam ser treinados para aprender a reconhecer, pelo telefone, uma *emergência obstétrica*. Em seguida, Dra. Frida esclareceu que as demais *ações* do *componente logístico do transporte* já haviam sido mencionadas no momento em apresentou o *componente do pré-natal*. Tratava-se do repasse de recursos que deveria garantir o deslocamento das *usuárias* às consultas de pré-natal e no dia do parto.

Além do transporte, a *regulação do acesso* também estava prevista como componente logístico da *Rede Cegonha*. No sistema de saúde, a escassez gerada pelo desequilíbrio entre a oferta e a demanda por serviços de saúde tem seus efeitos deletérios diminuídos pela *regulação do acesso*. A *regulação do acesso* é realizada por uma *central de regulação* que ajusta a demanda à oferta. Quando não há escassez, a central funciona apenas como um intermediário do acesso. Nos casos em que há escassez, as *centrais* regulam, isto é, organizam a fila de *acesso* a partir de critérios pré-estabelecidos (dentre eles a *classificação de risco*), priorizando alguns usuários em detrimento de outros. Os critérios são inúmeros, e variam com o

serviço regulado, podendo ser: urgência (o mais frequente), idade, situação de saúde do paciente, probabilidade de obter bons resultados de saúde. Os critérios são aplicados caso a caso, reorganizando constantemente a fila.

A *regulação do acesso* é utilizada em diferentes serviços: no *SAMU*, na escolha de quem irá ocupar os leitos (sobretudo os de *UTI*), na marcação de *cirurgias eletivas* e na marcação de consultas com especialistas. É importante mencionar que, mais que garantir o *acesso em tempo oportuno* para os usuários que mais necessitam dos serviços, a *regulação* – quando funciona com *transparência* – retira dos médicos e dos administradores dos estabelecimentos de saúde o poder de determinar quem irá acessar os recursos escassos do sistema. Eram comuns, por exemplo, os relatos sobre médicos e administradores de hospitais que se apoderavam dos leitos e passavam a utilizá-los como instrumento de barganha e de troca política. Nesse sentido, as *centrais de regulação* são, também, uma tentativa de estabelecer critérios previsíveis e – por que não? – justos para ordenar e estabelecer as prioridades de *acesso*. Não obstante, era reconhecidamente um dos dispositivos das políticas de saúde que mais dificuldades encontrava na sua *implementação*.

Dra. Frida seguiu explicando que, para a *Rede Cegonha*, a *regulação* do acesso consistiria sobretudo na implantação da *vaga sempre* nas maternidades, isto é, tornava-se inadmissível uma instituição hospitalar à qual a gestante houvesse sido previamente *vinculada* alegar, no momento do parto, a indisponibilidade de leitos. Além disso, continuou, todos os hospitais com leitos obstétricos e todas as maternidades deveriam colocar seus leitos disponíveis para a *regulação municipal ou estadual de leitos*. Isso não deveria se aplicar apenas aos *leitos obstétricos*, pois para receber recursos do SUS, era imprescindível que os hospitais públicos colocassem todos os seus leitos para a regulação: leitos de *UTI adulto*, leitos de *UTI* e de *UCI neonatal*.

Finalmente, a Dra. Frida fez lembrar de um instrumento do *sistema logístico* que fugia às competências da *SAS* – pois estava sendo reformulado pela Secretaria

executiva e pela *SGEP* – mas cuja implantação efetiva traria inúmeros benefícios para a coordenação de todas as *Redes de Atenção*. Esse instrumento era o *cartão SUS*. O *cartão SUS* consistia em um número (posteriormente inscrito em um cartão) que serviria como a identidade do *usuário* no sistema⁴⁴. Com o número do *usuário*, qualquer *estabelecimento de saúde* poderia acessar o sistema de informação e tomar conhecimento sobre o histórico da passagem do *usuário* pelo Sistema Único – quando o acessou, onde, a razão do acesso, em que serviços foi atendido, ou internado, que ações ou procedimentos lhe foram dispensados etc.⁴⁵

Antes de dar por encerrada a apresentação, a Dra. Frida fez uma breve revisão da *linha de cuidado materno-infantil* e das *ações* previstas pela *Rede Cegonha*. Destacou que o *cuidado começa com a captação da gestante pelas equipes da atenção básica das Unidades Básicas de Saúde*, contempla a passagem da gestante pelo hospital, no momento do parto, e encerra-se com o *contra-referenciamento* da puérpera e do bebê, que após o parto retornam às responsabilidades dos profissionais da *atenção básica*. Em seguida, reiterou que um dos grandes empecilhos à *integralidade do cuidado* era a dificuldade para fazer a gestante circular pelos *níveis de complexidade da atenção*, ponderando que é na passagem de um *ponto de atenção* a outro que o *usuário* costuma se desconectar do sistema. Por isso, destacou a importância de uma *grade de referência e contra-referência* entre os *diversos níveis de complexidade*. O essencial seria conseguir fazer a gestante circular da *atenção básica* para a *média complexidade* – ou *alta complexidade*, no caso das gestantes de alto risco – e, posteriormente, da *média (ou alta) complexidade* de volta ao vínculo contínuo da *atenção básica*.

Estava encerrada a apresentação da *linha de cuidado materno-infantil*. Após reler em voz alta a lista de ações que deveriam compor a Rede Cegonha (quadro acima) e

⁴⁴ Sobre a forma como o Estado contribui para identificação dos sujeitos, ver Peirano, 2009.

⁴⁵ A primeira tentativa de implantação do *cartão SUS* datava de mais de vinte anos. O *cartão SUS* era uma das inúmeras políticas do Ministério da Saúde que no primeiro semestre de 2011 se encontravam em reformulação.

antes de abrir a reunião para as discussões, Dra. Frida afirmou que havia ainda alguns slides a serem mostrados. Na tela da televisão, conforme se avançava nas apresentações, viam-se inúmeras mulheres no momento do parto. Algumas mulheres apareciam imersas na água, outras sentadas em cadeiras, outras de cócoras. Nas cenas, as mulheres nunca estavam apenas com os profissionais de saúde, mas apareciam acompanhadas com homens, com seus filhos e com mulheres mais velhas. Além disso, os ambientes onde as fotos haviam sido tiradas não se assemelhavam às imagens corriqueiras de quartos ou enfermarias hospitalares. As fotografias chamavam a atenção por inúmeros motivos, mas sobretudo porque nenhuma delas trazia mulheres em ambientes e em posições mais comumente associadas ao momento do parto. As fotos, conforme a Dra. Frida explicou, mostravam situações de partos naturais, todos em consonância com os padrões de *humanização do parto e nascimento*. Esse era o sonho, a *imagem-objetivo* almejada pela *Rede Cegonha*.

3. A REDE CEGONHA EM DEBATE

Encerrada a apresentação, era chegado o momento das discussões e dos debates. Nesse dia, as falas que se seguiram podem ser classificadas em dois tipos. Em primeiro lugar, houve intervenções que pediam esclarecimentos, emitiam opiniões e ofereciam sugestões a serem acrescentadas à política. Em segundo lugar, um grande número de manifestações questionava o desaparecimento de algumas *ações*. Foi contestado que uma série de ações expostas em reuniões anteriores haviam desaparecido da lista de ações expostas naquele dia. O segundo grupo de manifestações queria saber o que havia acontecido com essas *ações*.

A primeira intervenção foi concedida a Bernardo, um jovem médico que trabalhava como *assessor* de um dos dirigentes do *DAB*. Bernardo ponderou que gostaria de iniciar a sua fala trazendo uma sugestão. Ele apontou que, ao descrever a circulação da gestante pela *linha de cuidado materno-infantil*, a Dra. Frida havia se referido

algumas vezes aos *níveis de complexidade* do sistema - *atenção básica*, a *média* e a *alta complexidade*. Bernardo afirmou que, embora a Lei 8.080 falasse de *hierarquia do sistema* e de *níveis de complexidade*, era preciso ficar claro que a interpretação contemporânea da lei considerava que, com esses termos, a lei se referia à *densidade tecnológica dos equipamentos* utilizados por cada um desses serviços. Há muito já se sabia que a *atenção básica* era tão complexa quanto a *alta complexidade*, existindo entre elas cooperação e complementariedade, e não hierarquia. Por essa razão, continuou, gostaria de sugerir que os termos da apresentação fossem substituídos por *atenção básica* e *atenção especializada* – esta última compreendendo os serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de *média e alta densidade tecnológica*.

A intervenção de Bernardo apontava para uma tensão delicada que frequentemente se fazia presente nas discussões sobre a transformação do *modelo de atenção*. Quando não era explicitamente evocada, a tensão encontrava-se presente de forma latente. O *modelo de atenção à saúde* imaginado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e inscrito na Lei Orgânica do SUS, defendia (dentre outras) duas ideias fundamentais: que o sistema deveria priorizar a promoção da saúde e a prevenção das doenças, sem prejuízos para as ações de tratamento; e que a *atenção básica*, principal *porta de entrada* para o sistema, deveria responder e oferecer solução a pelo menos 80% das *necessidades de saúde* da população, além de encaminhar o usuário para outros níveis de atenção, quando fosse o caso.

Na década de 1990, sobretudo após o lançamento do PACS (Programa de Assistentes Comunitários em Saúde) e do PSF (Programa Saúde da Família), a cobertura dos serviços de atenção básica expandiu consideravelmente⁴⁶. Não obstante, apesar da valorização da atenção básica no âmbito do Ministério da Saúde, bem como entre a maioria dos profissionais da saúde pública, esse reconhecimento convive

⁴⁶ É interessante notar que a defesa da Atenção Básica como fundamental para a estruturação dos serviços de saúde é um movimento internacional, que ganhou força no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, exatamente no momento em que se institui o SUS. Sobre esse movimento, ver Pereira, 2012.

paradoxalmente com uma desvalorização. Nesses casos, a atenção básica é pensada em oposição à *média* e à *alta complexidade*, evocando uma segunda dicotomia: a oposição entre, de um lado, o posto de saúde – percebido como um lugar sem recursos e sem *tecnologias*; de outro, o hospital – visto como um estabelecimento dotado de infraestrutura, de equipamentos e de uma grande quantidade de médicos. Somam-se a essa percepção o despreparo de muitos profissionais da *atenção básica* e a falta de infraestrutura de muitas Unidades Básicas de Saúde, que acabam encaminhando os usuários para as *portas de entrada hospitalares das urgências e emergências*, corroborando a ideia de que tudo se resolve no hospital.

Como já afirmado, a despeito da mobilização e dos esforços de profissionais da *atenção básica* e de militantes da saúde pública, a *atenção básica* ainda é muitas vezes percebida pela população, pelos políticos e inclusive por muitos profissionais de saúde como um serviços menos eficaz. Por outro lado, aqueles que a defendem argumentam que sua eficácia aumentará na mesma medida em que for progressivamente valorizada, recebendo recursos e profissionais. Por essa razão, há uma vigilância constante em relação a todas as situações em que a atenção básica aparece como hierarquicamente inferior à atenção especializada. Era essa a reivindicação de Bernardo.

Dra. Frida respondeu imediatamente ao jovem médico, afirmando que concordava com sua observação. A *atenção básica* era a *porta de entrada* para o sistema, além de ser responsável pelo fluxo do *usuário* por todos os *pontos de atenção* da Rede. Tratava-se, definitivamente, de uma grande responsabilidade e não era à toa que grande parte dos componentes do *pré-natal*, do *puerpério* e da atenção ao bebê estavam sob sua responsabilidade. Dra. Frida garantiu a Bernardo que a ideia de uma hierarquia entre a *atenção básica* e os *serviços da média e alta complexidade* não seria reproduzida na portaria da *Rede Cegonha*. Explicou que haviam optado por classificar as *ações* da política em conformidade com os diferentes *componentes da Rede*, sendo eles: o *pré-natal*; o *parto e nascimento*; o *puerpério e atenção ao bebê*; e os *sistemas logísticos*. Eram esses os termos que constariam na portaria.

Dra. Frida foi então interrompida pela Dra. Nara, que pediu a palavra. A Dra. Nara, médica de mais de cinquenta anos, muito respeitada, às vezes temida, era uma das recém-empossadas dirigentes da SAS. Ela ponderou ser preciso tomar cuidado com algumas críticas, pois para mudar determinadas coisas, ponderou, era preciso paciência e cautela. Esclareceu que estava de acordo com a inexistência de uma hierarquia de importância ou de complexidade entre as *práticas, ações e procedimentos da atenção básica* e da *média e alta complexidade*. De fato, diferenciavam-se apenas no grau de *incorporação de densidade tecnológica* dos equipamentos que utilizavam. Afirmou que isso havia se tornado senso comum, sendo fato amplamente compreendido e aceito pelos profissionais de saúde. No entanto, pediu prudência e cautela. No Ministério da Saúde havia uma unidade organizacional com o nome de *Coordenação de Média e Alta Complexidade*, responsável por *habilitar, acompanhar e monitorar os procedimentos de média e alta complexidade* realizados pelos estabelecimentos de saúde. As atribuições de toda essa Coordenação, cujas atividades se capilarizavam pelos estados e municípios, não poderiam ser transformadas de um dia para outro.

Além disso, continuou, *instrumentos de gestão e sistemas de informação* do utilizados para *operacionalizar* uma grande quantidade de programas e políticas do Ministério classificavam os *procedimentos e as ações de atenção à saúde* como *média e alta complexidade*. Dentre esses instrumentos, destacavam-se a *Tabela Unificada de Procedimentos, o SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais) e o SIH (Sistema de Informações Hospitalares)*⁴⁷. Essa classificação também se espalhava para estados e municípios e influenciava a maneira como gestores e profissionais de saúde *da ponta* compreendiam e operavam o sistema. Não poderiam alterá-la de um dia para o outro. Tampouco conseguiriam fazê-lo *por decreto, isto é, por portaria*. Para a Dra. Nara, era preciso cautela, tempo e paciência para transformar os conceitos e seus usos. Voltando-se para Bernardo, pediu que ele fosse perseverante e brincou que, quando tinha sua idade, um sistema de saúde estruturado a partir da *atenção básica*

⁴⁷ A tabela de procedimentos, o SIA e o SIH serão explicados no capítulo seguinte.

era um sonho distante. Muitas coisas ainda precisavam ser transformadas, mas era importante reconhecer o longo caminho percorrido e tudo o que já havia sido feito.

Bernardo agradeceu a Dra. Frida porque os termos não seria reproduzidos na portaria da Rede Cegonha. Voltando-se para a Dra. Nara, explicou que reconhecia a importância de se ter cautela com as mudanças, mas pediu licença para discordar do que ela havia dito. Explicou que, diferentemente do que afirmara, não estava claro para os profissionais de saúde – e menos ainda para muitos médicos – que inexistia uma hierarquia entre a *atenção básica*, a *média e alta complexidade*. Ao contrário, continuava crescendo a valorização do conhecimento especializado, em detrimento do conhecimento do médico generalista, fundamental para aquele nível de atenção; continuavam sobrevalorizados os procedimentos envolvendo equipamentos caros e de difícil acesso, sendo continuamente desvalorizada a *anamneses*, processo fundamental para o exercício da medicina. Ainda hoje, continuou, os *procedimentos e ações da atenção básica* eram vistos como simplórios, e seus profissionais muitas vezes recebiam os piores salários. Era por essa razão, continuou, que faltavam médicos para atender a *atenção básica* em inúmeras localidades.

Bernardo então aproveitou para informar ao grupo que o *DAB* e a *SGETS* (Secretaria da Gestão da Educação e Trabalho em Saúde) vinham se reunindo constantemente com o Ministério da Educação, a fim de definir os municípios onde os médicos recém-formados que atuassem nas *equipes do Programa Saúde da Família* teriam o direito a receber uma pontuação que se somaria à nota da prova de admissão para a Residência. Caso as negociações fossem para frente, pela primeira vez conseguiriam implementar uma política de envio de profissionais para localidades distantes e/ou remotas. Conforme esclareceu, este seria um avanço em direção à *universalidade* e à *equidade*⁴⁸.

⁴⁸ A proposta de garantir uma pontuação nas provas de residência como contrapartida a atuação dos médicos em localidades distantes e remotas foi duramente criticada pelas faculdades de medicina e pelos hospitais-escola, que alegaram não reconhecer a pontuação.

Dra. Margareth movimentou-se para passar a fala a outro participante, mas Bernardo continuou falando. Ele queria convidar os profissionais da *Coordenação de Saúde da Mulher*, da *Coordenação de Saúde da Criança* e outros profissionais engajados na construção da *Rede Cegonha* a participar de um *Grupo de Trabalho* coordenado pelo *DAB*. O Grupo, conforme explicou, estava se reunindo no mínimo uma vez por semana com o objetivo de definir os *indicadores* que comporiam o processo de avaliação do *PMAQ-AB* (*Programa de Melhoria da Atenção e Qualificação da Atenção Básica*)⁴⁹. Como os *componentes Pré-Natal e Puerpério* da *Rede Cegonha* chegariam à população por intermédio das equipes da *Atenção Básica*, era fundamental que todas as mais de 32 mil *equipes* do país ficassem cientes dessa responsabilidade. Mais que isso, era fundamental que, via *PMAQ*, as equipes fossem avaliadas por seu desempenho nessas atividades. Por essa razão, continuou, era importante que os profissionais do *DAPES* se juntassem aos profissionais do *DAB* para definir as *ações, os procedimentos e os indicadores* que o *PMAQ* iria monitorar e

Foi provavelmente o malogro dessa política que posteriormente motivou o Ministério a propor a política de trazer médicos de outras nacionalidades para trabalhar no Brasil.

⁴⁹ O Programa de Melhoria da Atenção e Qualificação da Atenção Básica (PMAQ-AB) consistia na avaliação de todas as quase 13.000 equipes da atenção básica do país. Como resposta às críticas aos serviços prestados pela atenção básica – considerados como de baixa qualidade e de pouca resolutividade – o programa visava avaliar a capacidade das equipes, *qualificar* os profissionais e aumentar sua capacidade de responder e de resolver as *necessidades de saúde* da população. Funcionaria da seguinte forma: o Ministério da Saúde estabeleceria uma espécie de “contrato” com cada uma das equipes, que, num determinado período de tempo, ficariam responsáveis por realizar um rol pré-determinado de ações – dentre as quais, as ações da Rede Cegonha prestadas pela atenção básica. Durante meses, as equipes receberiam apoio do Ministério da Saúde (e das Secretarias Municipais) para melhorar seu desempenho e alcançar as metas estabelecidas. Posteriormente, seriam avaliadas. As equipes que cumprissem com as metas de atenção pré-estabelecidas teriam incrementado o montante de repasse de recursos da atenção básica realizado pelo Ministério da Saúde. Para informações sobre o PMAQ, ver: (1) Site oficial do PMAQ-AB: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>; (2) Manual instrutivo do PMAQ, documento em que constam as ações e os indicadores avaliados pelo Programa: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site_anexo.pdf (Ambos os sites foram acessados em 10 de maio de 2013)

avaliar junto às *equipes da atenção básica*. Rapidamente, um papel com uma lista de nomes, e-mails e telefones chegou às mãos de Bernardo.

A intervenção seguinte foi concedida à Dra. Nara. Ela parabenizou Bernardo pela iniciativa de convidar os profissionais da *Coordenação de Atenção à Mulher* e da *Coordenação de Atenção à Criança* a participar da elaboração dos *indicadores* de avaliação que seriam incluídos no *PMAQ*. Conforme enfatizou, tratava-se de um exemplo importante de como a articulação dentro do Ministério se refletiria na articulação das políticas *na ponta*.

Dra. Nara também parabenizou os responsáveis pela elaboração da *Rede Cegonha* por terem incluído, como ações da política, o *acolhimento com classificação de risco* na *porta de entrada* das maternidades, bem como a *regulação dos leitos* obstétricos, *UTI* adulto e *UTI e UCI neonatais*. Ela afirmou que o reconhecimento e a valorização desses instrumentos era crucial para o alcance da *integralidade* da atenção. Por outro lado, continuou, era preciso lembrar que a fragmentação do sistema – tanto no nível Federal, resultado da desarticulação no interior do Ministério; quanto *na ponta*, onde resultava em *descontinuidade do cuidado* – a fragmentação do sistema, prosseguiu, também era responsável por gerar inúmeros desperdícios. Por não estarem conectados e por não dialogarem entre si, órgãos do Ministérios e os serviços da *ponta* acabavam duplicando *ações*, criando redundâncias e sobreposições dispendiosas e desnecessária.

Por essa razão, Dra. Nara continuou, para tornar efetivos os processos de *regulação do acesso* e do *acolhimento com classificação de risco*, era preciso estreitar a *articulação* entre a *Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher*, o *DRAC* e as *Coordenações do DAE (Urgências e Emergências e Hospitalar)*. Ela explicou que, como muitos sabiam, o *DAE* estava coordenando as reuniões semanais do *Comitê Gestor da Rede de Atenção às Urgências e Emergências*. Na elaboração da *Rede de Urgências*, o *acolhimento com classificação de risco* e a *regulação do acesso* como um todo – inclusive a *regulação de leitos* – eram temas constantemente debatidos. Acrescentou

que era preciso criar *sinergia* entre as duas discussões. Elas precisavam convergir, pois não queria duplicar estruturas, esforços e gastos.

Dra. Margareth concordou com Dra. Nara e relembrou que o mesmo era válido para o SAMU. A *Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher* não poderia definir as mudanças que pretendiam para o SAMU Cegonha sem uma conversa minuciosa com a *Coordenação de Urgências e Emergências*, responsável pelo programa. Pediu que as duas coordenações se reunissem o mais rápido possível e que na reunião seguinte já trouxessem uma proposta conjunta de trabalho.

Seguindo a lista de pessoas que ao longo da apresentação da Dra. Frida haviam se *inscrito* para falar, a palavra foi então concedida à Nina, enfermeira de menos de 30 anos e profissional da área técnica da *Saúde da Mulher* muito reconhecida por sua competência e sensibilidade. Nina argumentou que a *mudança de paradigma* era o cerne da proposta da Rede Cegonha. Não bastava o Ministério oferecer recursos para leitos ou para construção de hospitais, pois o crucial era oferecer alternativa de *modelo de assistência*. Por essa razão, continuou, desde quando iniciaram as primeiras reuniões para conceber a *Rede Cegonha*, as profissionais da *Coordenação da Saúde da Mulher* sempre enfatizaram que as *ações* mais importantes da política eram aquelas capazes de transformar o cotidiano e a rotina *das práticas e processos de trabalho* dos profissionais de saúde. Nesse sentido, as *ações* mais importantes da *Rede Cegonha* eram certamente as *ações de capacitação, de formação continuada e de educação permanente*, que levariam os profissionais a repensar seus modos de fazer saúde e de *cuidar*. Essa *ações*, prosseguiu, estiveram indicadas nas apresentações das últimas reuniões, mas da apresentação daquele dia haviam desaparecido. Nina queria saber o que havia acontecido.

Dra. Frida respondeu que concordava com Nina, pois a prioridade da Rede Cegonha era de fato a *mudança do modelo* e a transformação das *práticas de trabalho*. Não pôde concluir o raciocínio, porém, por que a Dra. Margareth tomou-lhe a palavra. Dra. Margareth explicou que algumas *ações* apresentadas nas últimas reuniões haviam sido alteradas ou excluídas após reuniões com Secretários e Ministro.

Lembrou que era preciso aproveitar a *janela de oportunidade* e o *tempo político* e acelerar o processo, para que a *Rede Cegonha* fosse lançada pela Presidenta ainda no mês das mulheres. Por essa razão, explicou, decidiram que era preciso *consolidar* uma *apresentação* sucinta, contendo apenas as ações que iriam para a *CIT* (*Comissão Intergestores Tripartite*). As *ações da educação* ainda estavam começando a ser pensadas e seu desenho completo certamente demoraria a ser definido. Não daria tempo de incluí-las na discussão com a *CIT* e, tampouco, na discussão com a *Presidência da República*. A Dra. Margareth lembrou, ainda, que um grupo específico havia sido criado para desenhar as ações de *capacitação, formação continuada e educação permanente*: o *Grupo Transversal da Educação e do Trabalho*, coordenado pela *SGETS* (Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho). Como era preciso respeitar as competências de cada Secretaria, a *SGETS* continuaria formulando as políticas de educação que, mais tarde, seriam lançadas e viriam a complementar as *ações* já concebidas pela *Rede Cegonha*. Naquele momento, e como todos sabiam, era preciso agilizar os processos.

Como mencionamos no capítulo anterior, a construção da *Rede Cegonha* resultou de um processo inclusivo e colaborativo, do qual participaram um grande número de profissionais e dirigentes do Ministério. Ao longo do processo, a participação foi incentivada e bem acolhida, sendo possível dizer que a versão final da *Rede Cegonha*, publicada na Portaria 1.459/2011, é resultado de um grande número de contribuições. Não obstante, o caráter participativo do processo não significava que todas as opiniões e sugestões tivessem o mesmo peso, nem que não existissem discrepâncias de autoridade e de legitimidade para tomar decisões e influir na construção da política. O que me pareceu peculiar ao longo de todo o processo, porém, era que, ao menos na forma como acontecia nas reuniões do *Comitê Gestor*, essas autoridades intervinham anonimamente.

Sempre que algo era incluído ou excluído sem o consentimento dos participantes das reuniões, sempre que uma decisão era tomada à revelia dos profissionais envolvidos na elaboração da política, a responsabilidade pela decisão era atribuída a

agentes aos quais poucas pessoas tinham acesso. Essas decisões, portanto, eram atribuídas aos altos escalões das hierarquia de governo – raramente ao Secretário, comumente ao Ministro e muitas vezes ao Ministro Chefe da Casa Civil e à Presidenta da República. É interessante notar ainda que, tal como o anonimato da decisão atribuída às escalões elevados da hierarquia, a atribuição de decisões à falta de tempo também contribuía para despersonalizar a origem da autoridade.

A intervenção seguinte veio de mais de uma representante da *Coordenação de Saúde da Criança*. A primeira profissional a falar lembrou que, nas últimas reuniões, a *apresentação* trazia explicitamente o *incentivo ao aleitamento materno* como uma das ações da Rede Cegonha. Antes *ação* específica da política, o *aleitamento* era agora apenas mencionado de forma vaga e genérica. Seguiu-se então a fala de outra profissional, que se queixou da exclusão da *ação* que obrigava o preenchimento da *Caderneta da Criança*. A caderneta, explicou, funciona como registro das vacinas, das visitas ao pediatra e de qualquer outra intercorrência que venha se suceder ao bebê ou à criança. Ela é o registro histórico da passagem do bebê e da criança pelo sistema e, na falta do cartão SUS – que nunca se sabia quando de fato seria implantado – era indispensável ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança. A falta da caderneta, completou, era um problema agravado pela fragmentação do SUS.

Os primeiros questionamentos sobre a exclusão de ações desencadearam uma série de manifestações semelhantes. A representante da *Coordenação de Alimentação e Nutrição* contestou a exclusão das *ações* que garantiam a *alimentação complementar saudável*, sobretudo o suplemento de ferro e de vitamina A. A representante da *SGEP (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa)* observou que as apresentações anteriores traziam slides sobre a *definição das regiões de saúde*, da *estrutura de governança* e do plano para a *operacionalização* da Rede Cegonha. O representante da *SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena)* também reclamou da exclusão de ações mais diretamente voltadas para as populações indígenas e ribeirinhas. Representantes da Saúde da Mulher reclamaram da exclusão da parte do texto em

que ficava explícito o direito da gestante visitar e escolher o hospital onde seria o parto. Alguém bradou alto que o Ministério mais uma vez replicava a *política de obras*, pois a maior parte das ações enfatizava a construção e a melhora da infraestrutura, deixando para segundo plano as *ações* que efetivamente transformariam o *modelo de atenção à saúde*. Seguiram-se novamente reclamações sobre a exclusão de uma série de outras ações.

Na sala de reuniões, a agitação se prolongou por muitos minutos, até que Dra. Margareth conseguiu restabelecer o silêncio. Ela explicou que algumas exclusões foram feitas por serem redundantes, especificando *ações* que já se encontravam subentendidas na política, como era o caso do incentivo ao aleitamento materno. Outras, como os slides sobre *estrutura de governança*, por exemplo, seriam retomados no momento em que se discutisse a *operacionalização* da Rede. Outras, como as ações da *Coordenação de Alimentação e Nutrição*, já eram programas antigos do Ministério e suas ações se encontravam de tal forma consolidadas que era desnecessário repeti-las na portaria da Rede Cegonha. Finalmente, reconheceu, determinadas *ações* haviam de fato sido excluídas. Foram consideradas como inapropriadas por motivos variados: baixa colocação na escala de prioridades, inexistência de orçamento, ou inviabilidade política. Dra. Margareth pediu desculpas pela exclusão dessas *ações* e reiterou que o ideal seria incluir tudo. Porém, como recursos financeiros e políticos eram finitos, era preciso eleger as prioridades.

A despeito da exclusão de algumas ações, seria equivocado concluir que a Rede Cegonha não foi o resultado de uma construção coletiva. A versão final da política resulta, sim, da contribuição de um grande número de participantes das reuniões do Comitê Gestor. Concomitantemente, porém, ela também é o produto de inúmeras intervenções e modificações advindas de autoridades cuja *persona* não aparece de forma clara aos participantes das reuniões - e tampouco para mim.

Como já afirmamos, no começo do processo de construção da Rede Cegonha, decisões não debatidas e fora da possibilidade de discussão eram atribuídas aos

Ministros (da Saúde e da Casa Civil) ou à Presidenta. Com o tempo, embora não pudessem mudar certas decisões, profissionais e dirigentes do Ministério começaram a desconfiar da origem que lhes eram atribuídas. Em primeiro lugar, começaram a desconfiar que as “decisões da Presidenta” eram inúmeras vezes evocadas para justificar definições que nem sequer haviam chegado até ela, mas encontravam-se fora da possibilidade de discussão. Isso não invalidava o reconhecimento de que algumas definições vinham de fato do Palácio do Planalto – sobretudo aquelas que contrariavam a vontade (já manifestada) de alguns dirigentes do Ministério. Em segundo lugar, mesmo quando se acreditava que a decisão vinha do Ministro ou da Presidenta, questionava-se a assessoria dada a esses governantes, sobretudo quando a decisão parecia contrariar o senso comum de teorias e concepções sobre a da saúde pública. O importante a notar é que algumas decisões eram um mistério e, como não sabemos ao certo de onde vinham e por quem eram tomadas, um exercício interessante é pensar os espaços pelos quais a *apresentação da Rede Cegonha* circulava. Conhecê-los não nos oferece uma resposta, mas nos ajuda a imaginá-la. Esse será um dos temas da parte que se segue.

4. A POLÍTICA COMO APOSTA

Composto por representantes de todas as secretarias do Ministério, de todos departamentos da SAS e pela grande maioria das coordenações dos departamentos da SAS, o *Comitê Gestor da Rede Cegonha* reunia-se todas as quartas-feiras para apreciar os *avanços* na formulação da Rede Cegonha, discutir a política e sugerir acréscimos e novas alterações. Nos intervalos entre as reuniões do *Comitê Gestor*, o *Grupo Executivo* ficava responsável por dar prosseguimento à elaboração da política.

O *Grupo Executivo da Rede Cegonha* era composto por dirigentes e profissionais da *Coordenação de Saúde da Mulher*, da *Coordenação de Saúde da Criança*, do *Departamento da Atenção Básica* e do *Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde*. Além de elaborar as principais propostas da política, o *Grupo*

Executivo também era responsável por articular-se com outros órgãos do Ministério (coordenações e departamentos) a fim de obter informações e *consolidá-las na apresentação do Power Point*. Por exemplo, os dados sobre mortalidade materna e infantil eram requisitados à SVS (Secretaria de Vigilância Sanitária); as *ações* sob responsabilidade da *atenção básica* precisavam ser *pactuadas* com o Departamento de Atenção Básica; os custos de algumas das *ações* seriam levantados pelo Departamento de Economia da Saúde; o SAMU Cegonha, a *classificação de risco* e a *regulação do acesso* deveriam ser pensados juntamente com o Departamento de Atenção Especializada e com o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Desse modo, o *Grupo Executivo* tomava a iniciativa de articular-se com inúmeros órgãos, a fim de obter as informações necessárias à elaboração da política e à tomada de decisões. Além disso, ficava responsável por consolidar informações e decisões no arquivo da *apresentação*. Esse trabalho acontecia ao longo de toda a semana.

Uma vez por semana, durante os encontros do *Comitê Gestor da Rede Cegonha*, os resultados do trabalho do *Grupo Executivo* eram apresentados e discutidos. Ao longo da reunião, novas alterações eram sugeridas e demandadas e, novamente, no intervalo entre as reuniões do *Comitê Gestor* o *Grupo Executivo* consolidava as alterações sugeridas e dava prosseguimento à formulação da política. O processo se repetia semana após semana e, embora profissionais e dirigentes reclamassem do excesso de reuniões – havia muitas outras acontecendo além daquelas dos *Comitês Gestores* das quatro *Redes* então em processo de formulação –, eles também percebiam os encontros como uma mudança positiva das *práticas* do Ministério da Saúde. É interessante notar que as reuniões dos Comitês Gestores das Redes fazem lembrar e, em certo sentido, atualizam dois princípios e valores muito caros aos militantes da *reforma sanitária* e do SUS: a *integralidade do cuidado* e a *participação social*.

Ao convidar representantes de todos os órgãos do Ministério a participar do processo de formulação da *Rede Cegonha*, os dirigentes da SAS reconheciam a

complexidade e a interdisciplinaridade dos temas discutidos. Como já vimos, o princípio da *integralidade* evoca três sentidos fundamentais. Em primeiro lugar, a *atenção integral* significa que o usuário deve receber cuidado em todo o ciclo da doença – promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Em segundo lugar, significa que o usuário deve circular pela rede a fim de acessar todos os serviços de saúde de que necessita, na *atenção básica* e na *atenção especializada (média e alta complexidade)*. Finalmente, a *atenção integral* prescreve que o usuário seja atendido por *equipes multidisciplinares*, capazes de examiná-lo e compreendê-lo em todas as suas dimensões (*bio-psico-social*).

A reunião do *Comitê Gestor da Rede Cegonha* funcionava como uma síntese temporal-espacial em que todos os elementos para garantir a *integralidade do cuidado* se encontravam presentes. A presença de um grande número de órgãos do Ministério faziam com que ali estivessem representados os responsáveis pela *prevenção*, pelo *tratamento* e pela *reabilitação*; pela *atenção básica*, pela *média e pela alta complexidade*. Além disso, a diversidade de profissionais, de formações variadas (médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, economistas, epidemiologistas, estatísticos, cientistas sociais) tornava presentes as diferentes abordagens e perspectivas a partir das quais os *usuários* – e também o sistema de saúde como um todo – deveriam ser percebidos. Com isso, a política passava pelo escrutínio de um grupo muito variado de profissionais, com formação, experiência e interesses bastante heterogêneos.

Desse modo, tudo se passava como se no espaço-tempo da reunião do *Comitê Gestor* acontecesse, de forma condensada, a *integração* e a *superação da fragmentação* que deveria, a partir dali, espalhar-se para todo o Ministério e, em seguida, do Ministério para as secretarias estaduais e municipais de saúde, até que finalmente alcançasse os postos de saúde, os ambulatórios e os hospitais. Tudo se passava como se ali, na *reunião do Comitê Gestor da Rede Cegonha* fosse gerada a *integralidade* que deveria difundir-se do Governo Federal em direção à *ponta*.

Em segundo lugar, as reuniões do *Comitê Gestor* pareciam evocar e atualizar no interior mesmo do Ministério o *princípio da participação social*. Submeter as *apresentações* da formulação da política a todas as coordenações, departamentos e secretarias significava dar a cada uma dessas instâncias a oportunidade de contribuir e defender os temas que lhes eram mais caros e afins. Comumente, cada órgão argumentava para incluir como prioridade *ações* que diziam respeito a seu trabalho e a seu público específico: a Coordenação de Alimentação e Nutrição pressionava para inclusão de ações de nutrição; a *SESAI* acompanhava a definição de *ações* específicas para populações indígenas; a *SVS* garantia que os testes de HIV e hepatites seriam feitos em gestantes e em crianças recém-nascidas, e assim por diante. Assim, ao longo do processo de formulação da *Rede Cegonha*, cada órgão procurava assegurar que seu tema e seus programas estivessem contemplados pela política⁵⁰. Não obstante, embora o *Comitê Gestor* fosse de fato um espaço de aberto de debate, de exposição de interesses e de troca de ideias, existiam diferenças de legitimidade e de autoridade para a definição de prioridades, de modo que algumas sugestões eram mais facilmente acatadas que outras.

Por outro lado, é importante esclarecer que as reuniões semanais do *Comitê Gestor* não eram o único espaço coletivo em que a *apresentação* era exposta e debatida. Antes, a *apresentação* circulava por inúmeras outras instâncias, tanto dentro, como também fora dos muros do Ministério.

Diariamente, inúmeros encontros aconteciam nas salas de reuniões do Ministério da Saúde. Na maioria das vezes, não se tratava de compromissos pontuais, com a finalidade de examinar uma única vez um tema em particular. No Ministério, as reuniões faziam parte da rotina de trabalho e a grande maioria delas era compromisso estabelecido e atividade prevista semanalmente na agenda. A

⁵⁰ A maioria das ações incorporadas pela Rede Cegonha já fazia parte do rol de ações de saúde implementado e acompanhado por diversos órgãos. Não obstante, incluir as ações na Rede Cegonha certamente conferiria, às ações e aos órgãos, mais visibilidade, mais recursos e, conseqüentemente, mais eficácia.

dinâmica e os participantes dos encontros variavam, mas é possível identificar dois modelos principais: havia as reuniões entre chefe e subordinados, e havia as reuniões *transversais* temáticas.

Comumente, as reuniões entre chefes/*dirigentes* e subordinados de uma unidade (coordenação, departamento ou secretaria) da estrutura organizacional do Ministério acontecia semanalmente e visavam discutir os trabalhos específicos de cada órgão – acompanhamento das *ações* e programas, distribuição de tarefas, definição de novos projetos e objetivos. Esses encontros aconteciam ao longo de toda a pirâmide hierárquica. *Reuniões de equipe* eram semanalmente realizadas entre os coordenadores e seus subordinados. Os diretores se reuniam semanalmente com os coordenadores subordinados e, do mesmo modo, os secretários se reuniam com seus diretores, num encontro que era chamado de *Reunião de Colegiado*. Finalmente, havia ainda o *Colegiado de Secretários*, quando o Ministro se reunia com os secretários das sete *secretarias* que compunham o Ministério. Algumas vezes, profissionais e dirigentes de níveis hierárquicos inferiores àquele oficialmente convocado pela reunião participavam como apoio técnico, de modo que alguns *Colegiados de Secretários* às vezes contava com a presença de um diretor, ou *Reuniões de Colegiado* também poderiam contar com a presença de coordenadores. Para os convidados extraordinários, a presença numa reunião entre chefes e subordinados de hierarquia acima a sua era considerada um grande prestígio.

O segundo tipo de encontros rotineiros eram as reuniões transversais temáticas (o termo é meu). Em torno de uma pauta específica – a Rede Cegonha, por exemplo – esses encontros mobilizavam profissionais e dirigentes de diversas áreas e de níveis hierárquico. O objetivo desses encontros era formular ou acompanhar a execução de trabalhos que envolviam mais de uma unidade organizacional. No início de 2011 – início do governo Dilma Rousseff e da gestão do novo Ministro e dos novos Secretários – o número de reuniões transversais havia aumentado consideravelmente, pois, além de a *integração e da integralidade* terem se difundido

como motes para a revisão e reformulação de políticas, todas as Secretarias do Ministério estavam revisando e reelaborando suas atividades.

As reuniões transversais contavam com participantes de inúmeras *áreas*, mas os encontros eram promovidos e coordenados por uma Secretaria ou uma Diretoria específica, que comumente os hospedava em uma de suas salas de reuniões. Das reuniões naquele momento promovidas pela SAS, destacam-se os encontros dos *Comitês Gestores* das quatro *Redes* então em processo de formulação: *Rede Cegonha*, *Rede de Atenção às Urgências e Emergências*, *Rede de Atenção Psicossocial* e *Rede de Prevenção e Tratamento ao Câncer de Mama e Colo do Útero*. Destacam-se, ainda, as reuniões de monitoramento promovidas pelo Ministro, quando coordenadores e diretores eram chamados a seu Gabinete para informar sobre o andamento do processo de formulação e, mais tarde, da execução das políticas.

Embora preponderantemente concebida nos espaços do *Grupo Executivo* e do *Comitê Gestor*, no momento de sua formulação, a *Rede Cegonha* circulava por inúmeras outras instâncias e reuniões do Ministério da Saúde. A *apresentação* – isto é, a política consolidada no arquivo do *Power Point* – era apresentada e discutida em reuniões de equipe (entre dirigentes e seus subordinados); era debatida entre coordenadores nas reuniões de departamento; era apreciada por diretores e pelo secretário nas Reuniões de Colegiado, momento em que os temas mais sensíveis e controversos eram discutidos; e, finalmente, eram vista pelo Ministro, nas reuniões de monitoramento. Além disso, a *apresentação* da *Rede Cegonha* também era exposta e escrutinizada em outras reuniões transversais temáticas, que não aquela de seu *Comitê Gestor*. Ela foi apresentada ao menos uma vez em grupos transversais temáticos coordenados e hospedados por outras secretarias. Mesmo na SAS, muitos outros encontros transversais extraordinários eram convocados para analisar e negociar temas específicos e controversos da política.

Algumas das reuniões por onde a *apresentação* circulava – sobretudo as de mais alto escalão – eram espaços de deliberação e tomada de decisão. Outras eram encontros

em que prevaleciam as discussões, a troca de informações e de opiniões. Em ambos os casos, porém, tratava-se de fóruns em que a política poderia ser questionada, defendida, repensada e reformulada. Não era raro que debates, dúvidas e sugestões levantados nessas instâncias fossem posteriormente encaminhados para a reunião do *Comitê Gestor*. Do mesmo modo, como já mencionamos, acontecia também de decisões tomadas nos encontros de alto escalão serem apenas comunicadas no Comitê Gestor.

Além de circular no interior dos *prédios da saúde*, a *apresentação* também cruzava as fronteiras do Ministério. No período em que trabalhei na pasta, as instâncias extramuros onde a *apresentação* circulava com mais frequência eram duas: o *Palácio do Planalto* e a *CIT*.

No *Palácio do Planalto*, a *apresentação* era apreciada em duas instâncias: na *Casa Civil*, mais frequentemente, e no Gabinete da Presidência da República. Ao longo do processo de formulação da Rede Cegonha, o Ministério da Saúde foi reiteradas vezes convidado pelo *peçoal da Casa Civil* a falar sobre a política. Os integrantes do *Grupo Executivo*, acompanhados de um dirigente de nível DAS 101.5 ou DAS 101.4, eram os responsáveis por levar a política à Casa Civil. Conforme relato de pessoas que participaram desses encontros, na Casa Civil, a *Rede Cegonha* era escrutinizada em seus mínimos detalhes. Os participantes do Ministério da Saúde comumente saíam dos encontros insatisfeitos, porque, conforme relatavam, o *peçoal da Casa Civil* tinha pouco ou nenhum conhecimento sobre políticas públicas de saúde e, por isso, dizia-se, não sabiam avaliar o conteúdo e os aspectos mais relevantes das propostas. Os encontros com a Casa Civil terminavam com uma grande quantidade de *demandas e tarefas para o Ministério*, frequentemente consideradas como questões *burocráticas, supérfluas ou de forma* (em oposição a *questões de conteúdo*).

Inicialmente, os convites para levar a *Rede Cegonha* à Casa Civil eram recebidos com euforia, pois era sabido que a versão final – aquela que sairia publicada em portaria – deveria ser aprovada pelo Ministro Chefe da Casa Civil e pela Presidenta. Muitos

meses depois, após ter início o processo de execução/implementação da Rede Cegonha, as reuniões com a *Casa Civil* passaram a fazer parte da rotina de monitoramento da política. Como acontecia durante o processo de elaboração, a participação nessas reuniões era percebida como um prestígio, mas, ao mesmo tempo, as reuniões passaram a ser caracterizadas como encontros enfadonhos e desnecessários.

O segundo espaço extramuros onde a *Rede Cegonha* deveria ser apreciada era a *CIT* (Comissão Intergestores Tripartite)⁵¹. No início de 2011, ouvi inúmeras vezes dirigentes e profissionais do Ministério afirmarem que, nos anos anteriores, muitas políticas haviam sido publicadas sem a *pactuação na CIT*. As alusões vinham em tom de crítica e condenação, ao mesmo tempo em que reiteravam que, naquela gestão, isso não iria acontecer. Antes de se transformar em uma portaria, a *apresentação* deveria passar pelas reuniões de plenária da *CIT*, além de ser debatida nos *Grupos de Trabalho de Atenção à Saúde da Comissão*. Não havia um número pré-estabelecido de reuniões para a aprovação de políticas na *CIT*, e as *apresentações* eram reiteradas vezes discutidas, até que fossem unânime e inteiramente aprovadas. A *Rede Cegonha* foi apreciada apenas duas vezes, mas outras políticas em elaboração tiveram de ser continuamente revisadas e reapresentadas.

A ideia segundo a qual nenhuma política pública de saúde deve ser publicada pelo Ministério da Saúde sem antes passar pela aprovação da *CIT* era defendida com veemência. Como veremos no capítulo 4, obter a aprovação da *CIT* não era importante por fazer obedecer os princípios da *participação* e da *descentralização* (distribuição interfederativas de poderes). Mais que isso, dado o caráter

⁵¹ A Comissão Intergestores Tripartite é um fórum de discussão e de deliberação (por consenso) sobre as políticas públicas elaboradas pelo Ministério da Saúde. É formado por representação paritária do governo federal e dos gestores estaduais e municipais de saúde. O governo federal é representado por profissionais e dirigentes do Ministério da Saúde. Os gestores estaduais são representados pelo CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde); e os gestores municipais pelo CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde).

descentralizado do Sistema Único de Saúde, a aprovação na CIT era condição de possibilidade para a implementação efetiva das políticas de saúde. Falaremos sobre isso mais adiante. Aqui, o importante é reconhecer a Comissão como mais uma instância na qual a *apresentação* era apreciada, discutida e modificada.

Em síntese, no processo de elaboração da *Rede Cegonha*, destacavam-se dois espaços fundamentais nos quais a política era apresentada, discutida e criada. Esses espaços eram o *Grupo Executivo* e o *Comitê Gestor da Rede Cegonha*. Além destes, porém, havia também inúmeras outras instâncias em que a política era apreciada e modificada. Essas instâncias correspondiam às reuniões com representantes de diversos órgãos do Ministério ou aos encontros extramuros, com a participação de representantes da Casa Civil, de outros Ministérios ou de governos estaduais e municipais. No entanto, poucas, muito poucas pessoas acompanhavam o viajar da política por todos os espaços que ela percorria. Daí a importância do *Comitê Gestor* como ponto de partida para a compreensão do processo de criação da *Rede Cegonha*, pois era nesse momento e nesse espaço específico que se recuperavam todos os eventos – de outros tempos e espaços – que envolviam a elaboração da política.

Finalmente, é importante esclarecer que, durante o processo de formulação da *Rede Cegonha*, senti a presença e a participação espectral de inúmeros outros agentes. Embora a circulação da *apresentação* fosse limitada a determinados espaços, esferas que a *apresentação* não alcançava acabavam por penetrar as fronteiras do Ministério da Saúde e acessá-la. Já em minhas primeiras semanas de trabalho no Ministério, notei como seus profissionais e dirigentes em nada se aproximavam dos burocratas indiferentes e negligentes imaginados pelo senso comum. Ao contrário, encontrei pessoas cujo engajamento com a saúde pública se difundia para muito além dos corredores do Ministério. Publicar artigos em revistas acadêmicas, frequentar e apresentar trabalhos em conferências, congressos e seminários era atividade corriqueira dos profissionais do Ministério da Saúde. Muitos se faziam presentes em blogs e listas virtuais de discussão sobre a saúde pública do país. Desempenhavam, ainda, uma militância ativa nas redes e mídias sociais, onde

postavam notícias sobre as políticas de saúde do Ministério, sobre o resultado de suas viagens à trabalho e sobre toda sorte de temas relacionados ao SUS.

Ao longo de seus 25 anos de existência, e como herança do ativismo do *movimento sanitaria* que o criou, o Sistema Único de Saúde consolidou em torno de si uma rede intrincada e ativa de sujeitos militantes e de fóruns de interação. Nesse contexto, a estrutura participativa do SUS (traduzida principalmente nas Conferências e Conselhos de Saúde das três esferas) e o engajamento dos profissionais militantes faz com que a informação sobre as políticas (e a forma como são percebidas) circule com muita facilidade e rapidez – tanto para fora, quanto para dentro do Ministério.

Desse modo, políticas ainda em fase de elaboração são rapidamente divulgadas pela rede de gestores, militantes e profissionais, e o modo como são recebidas reverbera facilmente de volta para dentro do Ministério. Não era raro alguém mencionar em reunião comentários positivos ou negativos que a *Rede Cegonha* havia despertado em conselhos e associações profissionais, nas associações e nos cursos de pós-graduação em saúde pública, nos conselhos municipais e estaduais de saúde, em organizações não-governamentais, no movimento feminista, nos *coletivos pela humanização na saúde*, e assim por diante. Vale lembrar que foi a importância desses agentes que fez com que a SAS criasse outras instâncias de participação e consulta com o objetivo específico de contribuir na elaboração e na implementação da *Rede* – os *Comitê de Especialista* e o *Comitê de Mobilização*. Além disso, não raro, os profissionais e os dirigentes do Ministério da Saúde eram eles mesmos a personificação, dentro da pasta, de muitas dessas entidades.

Desse modo, a política em fase de elaboração – inscrita na *apresentação do Power Point* – circulava de baixo para cima e de cima para baixo na estrutura organizacional do Ministério. Circulava também em estruturas de poder e autoridade exteriores à pasta. Entidades e agentes de outras esferas alcançavam, apreciavam e transformavam a *apresentação*, ao se fazerem presentes nos espaços pelos quais ela passava. Se é verdade que, por um lado, existia um poder de veto

concentrado em altos escalões do governo, por outro, a arquitetura de circulação e de apreciação da política fazia com que poucas decisões fossem tomadas sem antes passar pelo debate e escrutínio de uma ampla plateia. Pelo imperativo de circular por tantas instâncias e por passar pelo exame de tantas pessoas, passei a perceber a formulação e elaboração de uma política de saúde como uma grande aposta. A política final, tal como publicada na portaria, é o resultado de inúmeras idas e vindas da *apresentação*. Em cada fórum de discussão e decisão – de baixo a cima, de cima a baixo; dentro e fora do Ministério – faz-se presente a representação de uma grande variedade de valores, interesses e motivações.

Desse modo, a política final – aquela publicada em portaria, bem como o rol de ações efetivamente entregues à população – é o produto da interação e do confronto de forças, de valores, de interesses e de vontades que mal podem ser capturados. Nos vários fóruns por onde a *apresentação* circula, o *arquivo de Power Point* que a incorpora é reiteradas vezes editado – ações são incluídas e excluídas, termos e palavras são debatidos e alterados, sentidos e conotações são esticados e encolhidos.

Ao longo de vários meses, slides foram se somando ao arquivo que posteriormente daria origem à Portaria. No começo do processo, porém, quando o arquivo era apenas um nome e um slide em branco, o que ali viria a ser inscrito era um campo aberto de múltiplas possibilidades imagináveis. Nenhum participante poderia prever de antemão o que terminaria por ficar inscrito no documento. Além de imprevisto, e a despeito da existência de hierarquias e pontos de veto, nenhum participante tampouco detinha o controle sobre a situação. Por essa razão, acredito, a política tal como foi inscrita na Portaria 1.459/2011 era o resultado de um jogo complexo e de uma série de apostas – algumas mais bem-sucedidas que outras.

5. O FECHAMENTO DA REUNIÃO

Já era tarde e, quando verificou que a sala esvaziava, a Dra. Margareth pediu que as pessoas permanecessem por apenas mais alguns minutos. Eram poucos os *encaminhamentos* e elas os passaria rapidamente.

O primeiro *encaminhamento* dizia respeito ao monitoramento da Rede Cegonha. Dra. Margareth explicou que todas as segundas-feiras, pela manhã, reuniam-se com o Ministro para mostrar a *apresentação* e os avanços na construção da política. Em um desses encontros, o Ministro afirmara que não gostaria de ver apenas a *apresentação*, mas também o *monitoramento da Rede*. Nesse momento, Dra. Margareth foi contestada pela Dra. Bianca, uma mulher de aproximadamente 50 anos, médica e uma das dirigente da SAS, que, de forma agressiva, explicou que as políticas ainda estavam em fase de elaboração, não havendo nada a monitorar. Em resposta, Dra. Margareth explicou que não se tratava de um *monitoramento convencional*, pois, não seria possível acompanhar a mudança dos *indicadores de saúde* como resultado da implementação da política, já que, de fato, a política ainda estava em processo de formulação. O que o Ministro desejava era monitorar o processo mesmo de elaboração. Ele queria que cada *Grupo Executivo* – da *Rede Cegonha* e das outras *Redes* – fizessem um balanço semanal de como haviam *avanzado* na construção das *Redes* e estabelecessem os *desafios e metas* para a semana seguinte.

O segundo *encaminhamento* dizia respeito à continuidade do processo de elaboração da política. O Ministro seria novamente convocado pela *Casa Civil* e muito em breve a *apresentação* chegaria à *Presidenta*. Para anunciar a *Rede Cegonha*, a *Presidenta* precisava sentir confiança de que a política era financeiramente viável. Por essa razão, Dra. Margareth continuou explicando, era preciso *avanzar* na quantificação da Rede Cegonha.

Nesse momento, Luiza, assessora do Gabinete do Ministro, aproveitou para reiterar o pedido da Dr. Margareth. Disse estar muito contente com o desenho das ações. Agora, porém, era preciso partir das *ações* em direção aos números. Qual seria o custo unitário do pacote completo dos exames de *pré-natal de risco habitual*? E o pacote de exames para o *pré-natal de alto risco*? Quantas gestantes esperavam *captar*? Onde? Quantos pacotes de *exames de pré-natal* deveriam ser custeados pelo Ministério? Quantas *ambiências de maternidade* precisariam ser reformadas? E quantos leitos a mais financiados?

Em apoio a Luiza, Dra. Margareth solicitou que se fizesse um levantamento das *carências e necessidades* da *linha de cuidados materno-infantil* para as nove Regiões Metropolitanas que haviam sido definidas como prioritárias. Pediu que fossem levantados os serviços já existentes e que se definisse quantitativamente a necessidade de expansão dos serviços. Enfatizou que, para a semana seguinte, cada uma das *ações* da *Rede Cegonha* deveria ser quantificada, e cada ação deveria ter seu custo de implementação calculado.

O terceiro *encaminhamento* também dizia respeito à necessidade de se avançar rapidamente na construção e no desenho da *Rede Cegonha*. Mais uma vez, Dra. Margareth reiterou a inviabilidade de se lançar a política sem antes tê-la aprovada pela *CIT*. Para levá-la à *CIT*, porém, era preciso correr também com as definições do processo de *operacionalização*. Pediu que, na reunião seguinte, ao menos um esboço do passo a passo da *operacionalização* fosse apresentado. O Grupo Executivo da *Rede Cegonha* concordou e a Dra. Margareth deu a reunião por encerrada.

CAPÍTULO 3 – A QUANTIFICAÇÃO DA POLÍTICA: ESTIMANDO UM ORÇAMENTO

O presente capítulo descreve outro momento crucial na formulação de políticas públicas e, mais precisamente, na elaboração da *Rede Cegonha*. Na reunião descrita no primeiro capítulo, tomamos conhecimento das *diretrizes* que orientaram a concepção da Rede Cegonha, bem como de seus *objetivos*. Para se transformarem em uma política pública, porém, diretrizes e objetivos precisam ser traduzidos em uma série de ações, isto é, em intervenções que serão efetivamente realizadas pelo Estado. A necessidade de se traduzir princípios e valores em ações é válida tanto para os *princípios e diretrizes do SUS* – inscritos na Constituição Federal e na *Lei Orgânica da Saúde* (Lei 8.080/1990) –, que precisam ser traduzidos em políticas e programas no Ministério da Saúde, como também para as *diretrizes* de uma política específica – com as da *Rede Cegonha* – que precisam ser traduzidas para a linguagem da ação e da intervenção.

As *ações* previstas pela Rede Cegonha foram apresentadas no segundo capítulo sob duas perspectivas: na perspectiva da *usuária*, beneficiária que circula pela *Rede* e na do Ministério da Saúde, responsável pela elaboração e pela implementação da política. A perspectiva da *usuária* foi relatada pela Dra. Frida, ao descrever a *linha de cuidado* materno-infantil. A *linha de cuidado* indica todos os *serviços e ações de saúde* que a gestante deve receber em cada *estabelecimento/ponto de atenção* por que passa. Tal como descrita pela Dra. Frida, a *linha de cuidado* representa um ideal. É a descrição do funcionamento perfeito da Rede Cegonha *na ponta*.

Para transformar o ideal em realidade, a *Rede Cegonha* prevê uma série de *ações*, como as que vimos listadas no quadro do capítulo anterior. As ações listadas são as “ofertas do Ministério” para a *Rede Cegonha*, aquilo que o Governo Federal oferece

para promover a melhoria da saúde materno-infantil *na ponta*. São as *propostas concretas* oferecidas pela pasta.

É interessante ressaltar a diferença entre as duas perspectivas: – a *linha de cuidado*, de um lado; e a lista de *ações*, de outro. A primeira, conforme descrito pela Dra. Frida, corresponde à *perspectiva da usuária*; a segunda, ao ponto de vista do Ministério da Saúde. Na reunião do *Comitê Gestor*, Dra. Frida argumenta que irá descrever a *linha de cuidado* para que os participantes do encontro sejam capazes de visualizar *na ponta*, e sob a perspectiva das *usuárias*, o que viria a ser a Rede Cegonha. Não obstante, a oferta do Ministério, isto é, a *política concreta*, tal como demandada inúmeras vezes pelos assessores da Secretaria Executiva e do Gabinete do Ministro, inscreve-se em uma lista de *ações*. Ocorre que, ao contrário do que se insinua na fala da Dra. Frida, o fluxo ideal da gestante ao longo da *linha de cuidado materno-infantil* não é uma tradução automática da lista de *ações* prevista pela *Rede Cegonha*. Ao contrário, há um grande hiato entre *fluxo da gestante ao longo da linha de cuidado* e lista de *ações*. A transformação da última no primeiro envolve a mobilização de muitas pessoas e de muitos recursos.

Este capítulo trata de um momento fundamental para a transformação da lista de *ações* em *atenção* e *cuidado* dispensado ao longo da *linha de cuidado*: o *financiamento da política*. Ele apresenta umas das reuniões em que foram definidos os recursos financeiros que iriam viabilizar a *Rede Cegonha*. Aqui, aprofunda-se a ideia da política como aposta, ao fazer notar que a aposta está presente em todo o processo da elaboração – não apenas na inclusão e exclusão das *ações*, mas também na definição dos recursos que nelas serão aplicados.

Ao descrever o processo de definição de recursos para a *Rede Cegonha*, este capítulo visa a aproximar-se do tema exposto pela pergunta levantada pelo Dr. Bruno no capítulo anterior: como garantir que as *ações* x e y serão de fato implementadas e executadas? A questão remete novamente ao abismo entre o *fluxo ideal da usuária* pela *Rede* e a lista de *ações* que caracterizam a política. Remete, em última instância,

à separação entre o Ministério da Saúde e a *ponta*. Este tema também será explorado neste capítulo.

1. A REDE CEGONHA VOLTA DO PALÁCIO DO PLANALTO

Era uma reunião muito esperada, pois se sabia que a *Rede Cegonha* havia sido apresentada à Presidenta da República. Após cumprir rapidamente os rituais de apresentação e agradecimentos, Dra. Margareth abriu a reunião relatando a visita ao Palácio do Planalto. Ela contou que tiveram de esperar quase duas horas até que fossem levados ao o *terceiro andar*⁵². Contou que a reunião foi rápida e o tempo foi curto para expor todo o conteúdo da política. Não puderam sequer mostrar todos os slides da *apresentação*. Improvisando, explicou, foram capazes de passar uma ideia geral sobre a *Rede Cegonha*, tendo conseguido falar apenas brevemente sobre cada um de seus componentes: *o pré-natal; o parto e nascimento; o puerpério e atenção integral à saúde da criança; e os sistemas logísticos*.

Dra. Margareth relatou que a Presidenta fez perguntas e parecia satisfeita, embora tenha recomendado alguns pequenos ajustes. O primeiro ajuste dizia respeito à forma como foram calculadas as *metas físicas e financeiras* da política. A Presidenta reclamou que a *apresentação do Power Point* trazia apenas os números absolutos das metas estabelecidas, mas não explicava os caminhos percorridos até os números expostos. Ela manifestou interesse em conhecer a origem e o critério para a definição de todos os números e pediu que, para a reunião seguinte, a *memória de cálculo* fosse incorporada aos slides da *apresentação*. Como veremos, o caminho que levou à definição dos números será um dos temas deste capítulo.

⁵² O terceiro andar é o andar onde está localizado o Gabinete da Presidenta no Palácio do Planalto.

Além de criticar a ausência de *memória de cálculo* referente aos números apresentados, a Presidenta também demandou uma proposta de monitoramento para a política. Ela queria saber como o Ministério seria capaz de acompanhar a implementação da *Rede Cegonha*. Como saberiam se a política geraria de fato os resultados esperados? Dra. Margareth teria explicado imediatamente à Presidenta que, para acompanhar a Rede Cegonha *na ponta*, uma lista de indicadores estava sendo elaborada. A lista incluiria tanto os *indicadores de implementação*, que ajudaria o Ministério a monitorar a implementação de cada uma das *ações* da Rede, como também *indicadores de resultado*, que, em médio e longo prazo, deveriam medir a *efetividade* da política, isto é, se ela alcançara seus objetivos fundamentais. Dra. Margareth relatou ter prometido à Presidenta que, no próximo encontro, a *apresentação* traria as *memórias de cálculo* e a lista de indicadores previstos. Soube-se depois, pelos comentários de seus assessores, que a Presidenta se sentira confortável para lançar a Rede Cegonha, mas havia deixado claro que não demoraria a convocar uma nova reunião para acertar os detalhes e receber as informações requeridas.

Dra. Margareth explicou que, além dos pequenos ajustes, houve apenas uma divergência significativa entre a Presidenta e a proposta apresentada. Em algum momento da exposição, a Presidenta perguntou onde, no país, encontravam-se as piores taxas de mortalidade materna e infantil. Ao escutar que eram nas regiões Norte e Nordeste, a Presidenta questionou a escolha dos formuladores da Rede Cegonha: por que priorizar e iniciar o projeto em nove regiões metropolitanas, muitas delas nas regiões Sul e Sudeste, se, na verdade, Norte e Nordeste eram as regiões que mais precisavam?

Dra. Margareth relatou ter explicado à Presidenta que o objetivo da *Rede Cegonha*, como o nome indicava, era elaborar e consolidar *Redes de Atenção à Saúde*. Isso significa que a política visava a conectar *pontos de atenção* e *serviços de saúde* já existentes, por isso optaram por começar em locais onde os *serviços de saúde* já se encontrassem relativamente bem estruturados – o principal objetivo da política não

seria *estruturar os serviços*, mas conectá-los. Desse modo, as regiões metropolitanas serviriam como *modelos*, que depois seriam replicados no resto país. Entusiasmada, Dra. Margareth contou que a Presidenta não quis saber. Pediu que todo o projeto e todos os cálculos de custo da política fossem refeitos, tendo por referência não apenas as nove regiões metropolitanas inicialmente selecionadas, mas cada um dos 5.564 municípios do país. Ela queria que fosse calculado o montante de recurso necessário para melhorar o *atendimento materno-infantil* em todo o país. Ao final da reunião, determinou que a *Rede Cegonha* seria lançada, mas teria como prioridade as regiões da Amazônia Legal e do Nordeste.

No *auditório do Edifício Premium*⁵³, o redirecionamento imposto pela Presidenta foi ao mesmo tempo criticado e aplaudido. Em *conversas de corredor*, eu já havia escutado que, com a implementação da *Rede Cegonha* começando pelas nove regiões metropolitanas, mais uma vez, o dinheiro do Governo Federal escoaria em direção aos lugares para onde sempre escoava. Afirmava-se que as regiões Sul e Sudeste sempre receberam mais investimentos que as demais. Em outras *conversas*, também informais e não raro envolvendo as mesmas pessoas, eu também havia escutado que a *amarração de uma Rede de Atenção à Saúde* era um trabalho complexo, pois abrangia conhecimento técnico e muita capacidade de *articulação política*. Por essa razão, argumentava-se, era preciso ir devagar com a *Rede Cegonha*. Era interessante implementá-la em poucos lugares, de modo que o trabalho pudesse ser acompanhado de perto pelo Ministério. Depois, a partir do conhecimento e das experiências geradas pelo primeiro projeto, aí sim, estariam prontos para expandir a Rede por todo o território nacional.

Se por um lado a priorização das regiões Norte e Nordeste era bem vista, por fazer fluir recursos para os lugares que deles mais precisavam; por outro,

⁵³ Nesse momento, a sala de reuniões do Gabinete da SAS, localizada no Edifício Sede, já havia ficado pequena para receber o número de pessoas que agora participavam das reuniões da Rede Cegonha. Por essa razão, os encontros haviam sido transferidos para o Auditório de um dos Prédios Anexos.

inesperadamente, em sua primeira apresentação à Presidenta, a *Rede Cegonha* adquirira uma dimensão muito maior do que a inicialmente prevista. A mudança era ao mesmo tempo desafiadora e arriscada. Foram essas constatações que influenciaram os ânimos que tomaram conta do auditório quando Dra. Margareth anunciou a notícia: uma mistura de entusiasmo e preocupação. A alteração – e de certa forma a ampliação do escopo da política – foi ao mesmo tempo comemorada e lamentada. Em meio ao burburinho que tomara conta do encontro, Dra. Margareth anunciou que o planejamento da *Rede Cegonha* estava sendo refeito. Agora, não cobriria apenas as nove regiões metropolitanas prioritárias, mas todo o território nacional.

Dando continuidade ao momento dos *informes*, Dra. Margareth afirmou que precisava comunicar uma notícia que, sabia, não seria bem-recebida. Ela relatou que havia chegado ao *Palácio do Planalto* decidida a perguntar aos assessores da Presidenta se poderiam evitar utilizar a imagem de uma cegonha na logomarca da política, mas sequer teve a chance de concretizar o pedido. Na reunião, foi-lhe comunicado que o artista plástico Romero Britto havia presenteado a Presidenta com a logomarca para a *Rede Cegonha*. O desenho já estava pronto e o Ministério da Saúde havia recebido, também como presente, uma série de cartões postais com ilustrações do artista, todos eles fazendo referência à *Rede Cegonha*.

Dra. Margareth mostrou os cartões e pediu que fossem circulados pelo auditório. Mais uma vez, veio à tona o conflito que já há algumas reuniões – só aparentemente – havia sido controlado. Enquanto algumas pessoas elogiavam os cartões, outras – sobretudo profissionais da *Coordenação de Saúde da Mulher* e do Departamento da *Atenção Básica* – voltavam a lamentar os erros conceituais da política: além de enfatizar a maternidade em detrimento de outros aspectos da saúde da mulher; além de ignorar o problema do aborto; a política materno-infantil ora em elaboração traria uma cegonha – uma cegonha! – no nome e em sua logomarca.

Ouviram-se críticas e lamentos, mas dessa vez ninguém tomou a iniciativa de levantar a mão (e a voz) para contestar abertamente. Embora todos os dirigentes envolvidos na elaboração da Rede Cegonha deixassem publicamente explícito que não concordavam com o símbolo da cegonha associado à política, estava cada dia mais claro que o nome – e agora a logomarca – encontravam-se fora de qualquer possibilidade de discussão e negociação. Pertenciam ao grupo de definições e decisões com as quais ninguém concordava, mas que ninguém ousava contestar ou discutir. Em última instância, pregava-se, eram definições estabelecidas pelo Ministro ou pela Presidenta.

Havia um último *informe* a ser comunicado antes de ter início a *apresentação* do dia. A *Rede Cegonha* seria discutida no plenário da *CIT* na semana seguinte, no dia 24 de março. Dra. Margareth afirmou com pesar que, pelo ritmo em que evoluía a formulação da política, provavelmente não conseguiriam terminar a *operacionalização da Rede Cegonha* para a *CIT*. Nina, profissional da Coordenação da Saúde da Mulher, afirmou que ainda faltava uma semana, e que certamente conseguiriam alterar a *pauta* da reunião da *CIT*. Era possível cancelar a apresentação da *Rede Cegonha* e adiá-la para o mês seguinte (as reuniões ordinárias da plenária da *CIT* aconteciam nas últimas quintas-feiras do mês). Adiar a discussão da Rede Cegonha na *CIT* não era uma opção, Dra. Margareth contestou. Lançar a *Rede Cegonha* sem antes pactuá-la na *CIT* seria como matar a política antes mesmo de ela nascer. Como também o lançamento da política aconteceria na semana seguinte, não seria possível esperar a próxima reunião de plenária da *Comissão Intergestores Tripartite*. Levar a *Rede Cegonha* para a *CIT* sem a parte da *operacionalização* era certamente muito menos danoso que lançar a política sem tê-la apresentado à *Comissão Intergestores Tripartite*.

Concluído o momento dos *informes*, iniciava-se o momento da *apresentação* e a palavra foi concedida a Dra. Frida. Dra. Frida afirmou estar muito contente com todo o processo de elaboração da *Rede Cegonha*. Argumentou que, desde o início, sabia que a construção conjunta da política não seria fácil, mas reiterou que todas as

dificuldades enfrentadas, todos os momentos de negociação, e inclusive os momentos de conflito, seriam recompensados no momento da implementação da *Rede Cegonha*. *Levá-la para a rua*, concluiu, seria muito mais fácil, já que tantas pessoas se encontravam envolvidas.

Dra. Frida anunciou que, após muitas reuniões e muitas horas de trabalho, naquele dia apresentariam uma proposta avançada para o financiamento da Rede Cegonha. Como se veria, continuou, a cada dia a *Rede Cegonha* ficava mais próxima de se tornar uma realidade. Tendo definidos as *diretrizes*, os *objetivos* e as *ações* da política, naquela reunião seriam apresentadas as *propostas quantitativas* para cada *ação*, bem como o montante de recursos necessário para financiar as quantidades definidas. Desse modo, seriam apresentadas as *metas físicas* e as *metas financeiras* da *Rede Cegonha*. Como já havia feito em outras reuniões dedicadas à discussão do financiamento, Dra. Frida declarou em tom de brincadeira que sua especialidade era falar sobre a Rede Cegonha tal como ela deveria acontecer *na ponta*, na perspectiva do *cuidado*, da *humanização*, da *atenção* que deveria ser dispensada à usuária. Com os números, reiterou, não se sentia confortável. Por essa razão, como já havia feito nas reuniões anteriores, passaria a palavra à Valéria, que contribuía de forma mais significativa para essa fase de elaboração da política.

Valéria, cientista social de aproximadamente 50 anos, era uma das poucas dirigentes da SAS que não possuía um diploma de medicina. Também em contraposição à grande maioria de dirigentes da *Secretaria de Atenção à Saúde*, Valéria trabalhava há muitos anos no Ministério, e isso lhe conferia muito respeito. Como mencionamos, no começo do ano de 2011, com a troca de governo e, sobretudo, com a “devolução” do Ministério da Saúde ao Partido dos Trabalhadores (os Ministros anteriores eram do PMDB), a maioria dos dirigentes da pasta era recém-nomeado e acabara de chegar ao Ministério e à Capital Federal. Valéria, ao contrário, já havia ocupado inúmeros cargos de assessoria e direção e era respeitada e admirada por conhecer as pessoas, os caminhos, os *trâmites*, as *burocracias* e os segredos do Ministério.

De pé, em frente ao slide projetado sobre a parede – onde se lia “Rede Cegonha” – Valéria perguntou se era preciso repassar todos os slides da *apresentação*, ou se poderia seguir direto para a exposição do financiamento. Algumas pessoas, profissionais de outras Secretarias que não a SAS, pediram que Valéria expusesse a *apresentação* desde o início – *diagnóstico, diretrizes, objetivos e ações*. Essas pessoas não se encontravam presentes em algumas das últimas reuniões e gostariam de saber como a elaboração da política havia se desenvolvido desde então.

Dra. Margareth interveio antes que Valéria pudesse responder. Severa, afirmou que era impossível repassar a *apresentação* por inteiro todas as quartas-feiras. Fizessem isso, teriam de reservar o dia inteiro para a reunião do *Comitê Gestor da Rede Cegonha*. Ela então propôs uma alternativa. Comumente, alguns dias após a reunião, todos os participantes que haviam assinado a lista de presenças recebiam em suas caixas de e-mail um arquivo com a pauta e outro com a ata do encontro. Dra. Margareth pediu ao Gustavo, responsável pela distribuição dos arquivos, que anexasse também a última versão da *apresentação*. Desse modo, aqueles que por alguma razão não pudessem comparecer a uma reunião de quarta-feira teriam acesso à ata e ao arquivo do *Power Point* e poderiam atualizar-se antes de chegar à reunião seguinte.

Dra. Margareth aproveitou o ensejo para criticar uma prática que começava a se tornar recorrente na dinâmica dos encontros do *Comitê Gestor* – não apenas no da *Rede Cegonha*, mas também nos *Comitês* das demais *Redes*: a flutuação das pessoas nas reuniões. Conforme explicou, era importante que os órgãos – coordenações, departamentos e secretarias – designassem uma pessoa específica para o acompanhamento de todas as reuniões de cada uma das *Redes*. Era importante que a pessoa acompanhasse o processo de criação da política ao longo do tempo, pois só assim poderia oferecer suas melhores contribuições. Dra. Margareth afirmou que entraria em contato com os dirigentes que ali não estivessem presentes, para

explicar a importância dos encontros do Comitê Gestor serem acompanhados por uma única pessoa⁵⁴.

2. O FINANCIAMENTO DA REDE CEGONHA

Após os *informes*, Valéria deu início à *apresentação* do financiamento da *Rede Cegonha*. Sobre a parede do auditório do Edifício Premium, o que se via projetado não era um slide de *Power Point*, mas uma extensa planilha do *Excel*. Em cada uma de suas linhas, a planilha listava uma ação prevista para a Rede Cegonha – exatamente aquelas enumeradas no quadro do capítulo anterior. Todas as ações previstas encontravam-se enumeradas.

Para cada linha havia cinco colunas. A quinta coluna trazia o custo total de implementação da *ação* (da linha correspondente), caso ela fosse implementada em todos os municípios do país. As quatro primeiras colunas traziam o valor da quinta coluna (custo total da implementação da *ação*) dividido pelos quatro anos de governo: 2011, 2012, 2013 e 2014. Desse modo, a planilha do *Excel* apresentava a soma do custo de implementação de cada *ação* da *Rede Cegonha*, caso a política fosse implementada em todo o território nacional. É importante mencionar que, embora todas as *ações* previstas para a *Rede* se encontrassem listadas no arquivo do *Excel*, nem todas traziam as colunas de *custos/financiamento* preenchidas. Para muitas, havia apenas um traço, indicando que inexistiam recursos específicos e exclusivos para elas. Isso, porém, não significava que não seriam incentivadas de outras formas (que não os incentivos financeiros), como veremos mais adiante.

⁵⁴ Na verdade, havia pessoas certas designadas para o acompanhamento de cada Comitê Gestor. No entanto, no Ministério da Saúde, são valorizados e bem vistos os profissionais que acompanham todas as atividades do Ministério. Por essa razão, os profissionais passaram a frequentar as reuniões em forma de rodízio – semanalmente trocavam as reuniões entre si – para que todos pudessem acompanhar todos processos.

A planilha exposta (ver quadro abaixo) mostrava o valor anual a ser alocado na implementação de cada ação, mas apresentava apenas um número absoluto. Não obstante, exatamente como questionara a Presidenta, os participantes da reunião do *Comitê Gestor da Rede Cegonha* também queriam saber a origem dos números apresentados. Quais foram os cálculos realizados? Como estimaram as *metas físicas* para cada ação, isto é, o número de ações que deveriam ser executadas/realizadas? Como estimaram as *metas financeiras*, ou seja, os recursos a serem gastos e repassados pelo Ministério da Saúde?

A elaboração e a *memória dos cálculos* foi o tema central daquele encontro. Foi debatida e escrutinizada a matemática de cada um dos componentes e ações da Rede Cegonha. Como veremos, a discussão sobre os cálculos financeiros vai além da definição dos recursos requeridos pela *Rede Cegonha*; ela tangencia uma questão fundamental e onipresente em todos os debates de formulação de programas e políticas do Ministério da Saúde: a dificuldade de, desde Brasília e do Governo Federal, acessar e conhecer a *realidade da ponta*.

Ação	2011 (R\$)	2012 (R\$)	2013 (R\$)	2014 (R\$)	TOTAL (R\$)
I - Componente pré-natal:					
(a) realização do pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção	a	b	c	d	a + b + c + d
(b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação, classificação de risco e vulnerabilidade;	-	-	-	-	-
(c) acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno;	-	-	-	-	-
(...)					
II - Componente Parto e Nascimento:					
(a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;	e	f	g	h	e + f + g + h

(b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N°36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);	i	j	k	l	I+j+k+l
(c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial de Saúde, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e nascimento”;	-	-	-	-	-
(...)					
III - Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança					
(a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;	-	-	-	-	-
(b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;	-	-	-	-	-
(c) busca ativa de crianças vulneráveis;	-	-	-	-	-
(...)					
IV - Componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação					
(a) promoção, nas situações de emergência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;	-	-	-	-	-
(b) implantação do modelo “vaga sempre”, com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto;	-	-	-	-	-
(c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).	-	-	-	-	-

Quadro semelhante à planilha do *Excel* que listava o custo das ações da Rede Cegonha.

Valéria explicou que a planilha foi inicialmente elaborada considerando apenas as nove regiões metropolitanas onde haviam programado dar início à operacionalização da *Rede Cegonha*. No entanto, após a *demanda* presidencial, haviam trabalhado dia e noite, inclusive no final de semana, para refazer todos os cálculos, agora considerando todo o país. Explicou que havia uma grande diferença entre calcular os custos de implementação da *Rede Cegonha* para nove regiões metropolitanas e estimar uma previsão de gastos considerando todo o território nacional. Infelizmente, como todos sabiam, haviam perdido muito em precisão ao expandir a previsão de custos para todos os municípios do país.

Valéria esclareceu que uma série de fatores dificultaram a realização dos cálculos, dos quais três se destacavam. Primeiramente, a falta de confiabilidade de muitos dados e informações colhidos dos *sistemas de informação e bancos de dados* do Ministério. Em segundo lugar, a obsolescência e a falta de credibilidade dos *parâmetros assistenciais* definidos e utilizados pelo Ministério. Finalmente, mencionou a exigência presidencial de apresentar os dados para cada um dos municípios, pois – e este era exatamente um dos objetivos da *Rede Cegonha* – os estabelecimentos de saúde não deveriam ser dimensionados tendo por base os municípios, mas sim as *regiões de saúde*.

Embora uma *região de saúde* pudesse estar contida dentro de um único município, como era o caso das grandes regiões metropolitanas, o mais comum era que fosse formada pela associação de dois ou mais municípios, pois era preciso alcançar um volume populacional mínimo a ser *coberto* pelos serviços e estabelecimentos de saúde. Como já mencionado, os serviços da *atenção básica* eram de responsabilidade dos municípios e cada equipe da atenção básica podia cobrir um número limitado de pessoas. No caso dos serviços da *média e da alta complexidade*, porém, era desejável que cobrissem um volume populacional maior.

Os três obstáculos citados por Valéria – falta de confiabilidade dos dados, obsolescência dos *parâmetros* e base de cálculos a partir dos municípios – apontam

para o argumento que se pretende defender neste capítulo: a grande dificuldade do Ministério da Saúde para ter acesso à *ponta*.

Ao longo da reunião, todos os cálculos financeiros foram minimamente detalhados, e o *componente do pré-natal* foi o primeiro a ser escrutinado. O *componente do pré-natal* era composto por *ações* destinadas ao cuidado da gestante, bem como por *ações* voltadas para o planejamento familiar. Valéria explicou que as *ações de saúde* previstas pelo pré-natal seriam realizadas nas *UBS* (Unidades Básicas de Saúde) pelas equipes da *Saúde da Família* e pelas demais equipes da atenção básica. Por essa razão, grande parte do financiamento do pré-natal já se encontrava embutido no recursos repassados por intermédio do *PAB* (Piso da Atenção Básica).

Como veremos detalhadamente no capítulo seguinte, o Ministério da Saúde utiliza diferentes instrumentos para financiar (e incentivar) programas e políticas de saúde por intermédio do repasse de recursos do governo federal para o governos municipais e estaduais. Destacam-se dois desses instrumentos: os *convênios* e os *blocos mensais de transferências automáticas fundo a fundo*. Os *convênios* são contratos realizados com os governos locais (ou com *instituições beneficentes sem fins lucrativos*) pelos quais o Ministério se compromete a financiar um projeto apresentado. Os contratos podem ser celebrados para a realização de investimentos em infraestrutura hospitalar, para aquisição de equipamentos, para a realização de cursos de capacitação ou de um determinado evento. O *convênio* envolve uma série longa de procedimentos, que abrange a *apresentação e análise da proposta*, a *celebração do contrato*, o *empenho do recurso*, o *acompanhamento do projeto* e o *desembolso progressivo* (em parcelas) do dinheiro. Tudo deve ser registrado e acompanhado pelo *Siconv* (Sistema de Convênios), sistema de monitoramento de convênios, gerido pelo Ministério do Planejamento. Tais procedimentos eram vistos, no Ministério da Saúde, como um dos trabalhos mais *burocráticos* e enfadonhos que se poderia atribuir a algum profissional.

Em comparação aos convênios, o instrumento de repasse por *blocos fundo a fundo* é considerado descomplicado. Consiste no repasse de um montante de recursos que é mensal e automaticamente transferidos do *Fundo Nacional de Saúde* aos *Fundos Municipais e Estaduais de Saúde*. Há um método de cálculo para o valor repassado por cada um dos cinco blocos de financiamento, e esse valor pode aumentar ou diminuir de um mês a outro – mas o mais comum é que seja relativamente estável⁵⁵. O dinheiro repassado por cada bloco deve ser gasto em *ações* correspondentes. Por exemplo, os recursos do *PAB* (Piso da Atenção Básica) devem ser gastos com a *atenção básica*, os recursos do *MAC* (teto da média e da alta complexidade) devem ser gastos com *ações da média e alta complexidade*, os recursos do *bloco da assistência farmacêutica* deve ser gasto na compra de medicamentos, e assim por diante. O modelo de transferência de recursos através dos *blocos* é considerado um grande avanço na gestão do Sistema Único de Saúde. Voltaremos a essa questão mais adiante.

Valéria esclareceu que, embora o financiamento das *ações da atenção básica* estivesse previsto no *PAB*, o *Grupo Executivo*, com consentimento do Secretário da *SAS* e do Ministro, havia decidido por financiar separadamente os exames recomendados para o pré-natal. Ela explicou que o *DRAC* (Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da *SAS*), juntamente com o *Departamento de Economia da Saúde* (Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento), realizaram um estudo do custo total de todos os exames prescritos pela *Rede Cegonha*. Constataram que o custo da realização de todos os exames do pré-natal poderia onerar os municípios, sobretudo os menores. Por essa razão, prosseguiu, o Ministério da Saúde se comprometeria a arcar com 100% dos custos dos exames de pré-natal, tanto os de *risco habitual* quanto os de *alto risco*. Assim, todos os municípios que *aderissem* à *Rede Cegonha* receberiam em

⁵⁵ Os cinco blocos de financiamento são: (1) bloco da atenção básica; (2) bloco de atenção de média e de alta complexidade; (3) bloco de vigilância em saúde; (4) bloco de assistência farmacêutica; (5) bloco de gestão do SUS.

seu *Fundo Municipal de Saúde* o montante necessário para custear os exames de pré-natal de suas gestantes.

Além dos exames, Valéria explicou que o Ministério contribuiria para a *qualificação* do pré-natal oferecendo *kits* aos municípios: *kits UBS*, *kits para gestantes* e *kits* para parteiras tradicionais. Os *kits* seriam comprados de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e, em seguida, distribuídos aos municípios como doação. Valéria concluiu a apresentação do *componente pré-natal* reiterando que suas ações seriam financiadas pelo *PAB*, pela distribuição dos kits e pelo repasse de recursos (do governo federal aos governos locais) para o custeio dos exames.

À conclusão da Valéria, seguiu-se a intervenção do Dr. Bruno. Ele explicou que considerava extremamente interessante a proposta de financiar os exames, pois isso certamente desoneraria os municípios menores. O financiamento dos exames também contribuiria para a eficácia da política, pois garantiria que os exames seriam de fato realizados. No entanto, como o *Grupo Executivo* não havia apresentado uma *memória de cálculo*, Dr. Bruno afirmou não conseguir compreender como chegaram aos números apresentados. Mostravam na planilha um valor de quanto custariam os exames do pré-natal para todo o Brasil, mas não se sabia a origem dos números. Como haviam sido calculados? Mais que isso, dado que a transferência de recursos iria do *Fundo Nacional de Saúde* aos *Fundos Municipais de Saúde*, como saberiam que montante transferir para cada um dos municípios?

Começaria, a partir de então, uma série de indagações que não diziam respeito apenas aos métodos de cálculos utilizados na elaboração da política. Antes, remetiam a discussões sobre como, no processo de elaboração e implementação de políticas públicas, o Ministério da Saúde é capaz de acessar e intervir na realidade.

Dra. Nara assumiu a responsabilidade pelos cálculos e apresentou uma resposta. Lembrou que a Presidenta queria ver o cálculo de custos da *Rede Cegonha* para todos os municípios. Por essa razão, relatou que haviam passado todo o final de

semana trabalhando na planilha. Explicou que construíram uma tabela com 5.564 linhas, isto é, uma linha para cada município do país. Essa planilha seria a base para o cálculo da grande maioria das ações financiadas pela *Rede*.

Dra. Nara esclareceu que, para calcular o custo total dos exames, importaram os dados populacionais do IBGE e, para cada linha de município, montaram uma coluna que correspondia ao número de mulheres em idade fértil. Em seguida, uma fórmula de probabilidade foi aplicada ao número total de mulheres em idade fértil de cada um dos 5.546 municípios e, como resultado desse cálculo, chegaram a uma *estimativa do número de gestantes* para cada município. Esse número foi acrescentado em uma nova coluna, ao lado da coluna que trazia o número de mulheres em idade fértil. Dra. Nara explicou que, de posse da *estimativa do número total de gestantes*, o caminho mais fácil seria multiplicá-lo pelo custo total dos exames. Fazendo isso, porém, corriam o risco de criar uma estimativa excessivamente grosseira e afastada da realidade. Conforme lembrou, havia as *gestantes de alto risco* e as *gestantes de risco habitual*, e cada grupo deveria ser submetido a um pacote distinto de exames. Desse modo, para aumentar a precisão e a acurácia da estimativa, era preciso calcular separadamente o custo total dos exames para *gestantes de risco habitual* e somar ao custo total dos exames para *gestantes de alto risco*.

Para cada município, foi preciso transformar o *número estimado de gestantes* em duas outras estimativas: o *número de gestantes de risco habitual* e o *número de gestantes de alto risco*. Dra. Nara explicou que *evidências científicas* demonstravam que a cada 100 gravidezes, 15 eram de *alto risco*, ou seja, 15% do total de mulheres grávidas apresentariam sintomas que as qualificaria como *gestantes de alto risco*. Partindo desse *parâmetro*, duas novas colunas foram acrescentadas à planilha dos 5.564 municípios: uma trazia o *número estimado de gestantes de risco habitual*, outra apresentava o *número de gestantes de alto risco*. Vale notar, portanto, que a estimativa do número de *gestantes de alto risco* e de *risco habitual* foi calculada a partir de um *parâmetro de probabilidade* aplicado ao *número total de gestantes*. O

número total de gestantes era, também ele, uma estimativa calculada a partir do *número de mulheres em idade fértil* de cada município.

A tabela até então *consolidada* era a seguinte:

Município (nome do município)	Mulheres em idade fértil (IBGE)	Estimativa de gestantes	Gestante risco habitual	Gestantes alto risco
1	X	Y	$Y \times 0.15$	$Y \times 0.75$
2	X	Y	$Y \times 0.15$	$Y \times 0.75$
3	X	Y	$Y \times 0.15$	$Y \times 0.75$
4	X	Y	$Y \times 0.15$	$Y \times 0.75$
5	X	Y	$Y \times 0.15$	$Y \times 0.75$
...				
5.564				

Simulação da planilha de cálculo de exames.

Dra. Nara explicou que, uma vez de posse do número de gestantes (*risco habitual e alto risco*), o custo total seria alcançado multiplicando-se o número de gestantes pelo custo de cada pacote de exames. Foi preciso, portanto, calcular o custo de unitário de cada exame prescrito, para posteriormente calcular o custo do pacote de *exames de risco habitual* e o custo do pacote de *exames de alto risco*. Finalmente, três novas colunas foram acrescentadas à planilha. A primeira trazia, para cada município, o *número estimado de gestantes de risco habitual* multiplicado pelo *custo do pacote de exames de risco habitual*. A segunda trazia o *número estimado de gestantes de alto risco* multiplicado pelo *custo total do pacote de exames de alto risco*. A última coluna era a soma do resultado das duas colunas anteriores e indicava o custo total dos exames de pré-natal em cada um dos municípios. A planilha era semelhante à tabela apresentada abaixo:

Município (nome do município)	Mulheres em idade fértil	Estimativa de gestantes	Gestantes e risco habitual	Gestantes alto risco	Custo total exames de risco habitual (custo unitário = Z)	Custo total exames alto risco (custo unitário = W)	Custo total de exames

	(IBGE)	ntes					
1	X	Y	$Y \times 0.15$	$Y \times 0.75$	$(Y \times 0.15) \times Z$	$(Y \times 0.75) \times W$	$[(Y \times 0.15) \times Z] + [(Y \times 0.75) \times W]$
2	X	Y	$Y \times 0.15$	$Y \times 0.75$	$(Y \times 0.15) \times Z$	$(Y \times 0.75) \times W$	$[(Y \times 0.15) \times Z] + [(Y \times 0.75) \times W]$
3	X	Y	$Y \times 0.15$	$Y \times 0.75$	$(Y \times 0.15) \times Z$	$(Y \times 0.75) \times W$	$[(Y \times 0.15) \times Z] + [(Y \times 0.75) \times W]$
4	X	Y	$Y \times 0.15$	$Y \times 0.75$	$(Y \times 0.15) \times Z$	$(Y \times 0.75) \times W$	$[(Y \times 0.15) \times Z] + [(Y \times 0.75) \times W]$
5	X	Y	$Y \times 0.15$	$Y \times 0.75$	$(Y \times 0.15) \times Z$	$(Y \times 0.75) \times W$	$[(Y \times 0.15) \times Z] + [(Y \times 0.75) \times W]$
...
5.564 (Brasil)	Soma de tudo acima	Soma de tudo acima	Soma de tudo acima	Soma de tudo acima	Soma de tudo acima	Soma de tudo acima	Soma de tudo acima

Simulação da planilha de cálculo de exames.

Dra. Nara esclareceu que teria sido mais simples calcular o custo dos exames considerando apenas o valor total de mulheres em idade fértil de todo o país, e não a desagregação para cada município. No entanto, além do cálculo por município ter sido uma *demand*a da Presidenta, era importante lembrar que as *ações da atenção básica* eram responsabilidade dos municípios. Sendo assim, os repasses para financiar e incentivar a realização dos exames de pré-natal seriam realizados do *Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde*. Por essa razão, era preciso calcular o valor individual de cada repasse.

Dr. Bruno, que inicialmente demandara explicação sobre o método de cálculo, não parecia totalmente satisfeito com as explicações apresentadas e afirmou identificar nos cálculos muitos problemas. Não concordava com a fórmula utilizada para calcular o número de gestantes a partir do número de mulheres em idade fértil. Também achava equivocada a forma como haviam utilizado a mesma estimativa de cálculo para os quatro anos de governo, pois tratavam-se de dados obsoletos do IBGE e os cálculos não consideravam o crescimento vegetativo⁵⁶. Tampouco

⁵⁶ Quando os cálculos foram realizados, o IBGE estava começando a publicar os dados do censo 2010. No entanto, as informações ainda não estavam disponíveis para serem

contavam com a possibilidade de aumento do preço dos exames. Desse modo, o número de gestantes e, conseqüentemente, o valor calculado para disponibilizar 100% dos exames de pré-natal a todas elas parecia subestimado. Após apresentar a crítica, o Dr. Bruno se desculpou pelo preciosismo. Esclareceu que estava ciente tratar-se apenas de uma estimativa, mas enfatizou que, exatamente por isso, era importante cuidar para que a estimativa não fosse demasiadamente afastada da realidade.

No Ministério da Saúde, as pessoas – tanto dirigentes quanto profissionais – reagem de formas variadas às estatísticas, aos cálculos financeiros e, de uma maneira geral, *aos números*. Essas reações eram traduzidas em duas perspectivas distintas. De um lado, havia um grupo de pessoas que alegava explicitamente que *não se dar bem com os números*. Nesse grupo, havia as pessoas que, como Dra. Frida, não desconfiavam ou criticavam o valor e a relevância dos dados estatísticos, epidemiológicos e financeiros, mas preferiam não ter que trabalhar com eles diretamente. Nesse mesmo grupo, havia também pessoas abertamente críticas às estimativas epidemiológicas e estatísticas. Essas pessoas de qualquer tipo de cálculo e diziam que *os números* não podiam fazer muita coisa pela saúde das pessoas. Escutei algumas vezes pessoas afirmarem que *não trabalhavam com números* porque, ao contrário, *trabalhavam com pessoas*. Não raro, a repulsa aos números era acompanhada de falas que reiteravam *o cuidado, a atenção humanizada, o reconhecimento das especificidades de cada situação e da subjetividade de cada usuário* do sistema de saúde.

Por outro lado, era comum ver profissionais e dirigentes do Ministério passarem horas debatendo os pormenores e os detalhes dos métodos de cálculo de números que faziam parte de suas rotinas de trabalho. No Ministério da Saúde, nenhum dado numérico era apresentado e acatado sem que se escrutinizasse sua origem e o modo

trabalhados como bancos de dados. Por essa razão, os cálculos foram realizados com o Censo de 2000.

como havia sido gerado e produzido. Discutia-se de forma apaixonada a credibilidade dos dados obtidos pelos sistemas de informação do Ministério; analisava-se com entusiasmo as possibilidades e os limites dos dados e cálculos epidemiológicos; especulava-se sobre os *parâmetros* e as fórmulas de cálculo utilizados para *estimar a demanda* e a *necessidade de oferta de serviços*. Escutei em uma das reuniões que todas as pessoas que trabalham com a saúde pública tinham um pouco de epidemiologistas. Mais tarde compreendi que, de fato, era o epidemiologista que existia em cada uma daquelas pessoas que contribuía para a existência de um grande fascínio pelos dados estatísticos e epidemiológicos, bem como para a admiração com que eram vistos a SVS (Secretaria de Vigilância Sanitária) e o DRAC (Departamento de Regulação, Avaliação e Controle), órgãos que produziam *números* e os analisavam.

A meu ver, ambas as posturas – a de “não adesão” aos números e a de fascínio para com eles – são reações distintas diante de um mesmo fenômeno: a dificuldade do governo federal e, mais precisamente, do Ministério da Saúde, de acessar e de conhecer a realidade *da ponta* de estados e municípios. De um lado, a crítica à razão estatística e aos números quer chamar a atenção para a dimensão da *atenção* e do *cuidado*, enfatizando as especificidades de cada território e a importância de o Ministério oferecer respostas adequadas à essas especificidades. Os números, argumenta-se, não dizem muito sobre a atitude dos profissionais de saúde para com os *usuários* do sistema.

Por outro lado, o grupo que demonstra fascínio pelos números também reconhece as limitações dos dados quantitativos e não vê nos números a representação exata da realidade. Caso o vissem, não dispenderiam tanta energia debatendo as fórmulas e métodos de cálculo. Ao invés de dispensá-los, como o faz o primeiro grupo, admitem-nos como intermediários e como mediadores do conhecimento e do acesso do Ministério da Saúde *à ponta*. Como os números são admitidos como mediadores, torna-se extremamente importante debater sua capacidade de tradução e de mediação. Daí, como já mencionamos, o interesse persistente de dirigentes e

profissionais do Ministério da Saúde na forma como os números eram produzidos, bem como na maneira como os métodos mobilizados produzi-los poderiam aproximá-los ou afastá-los da realidade. Não é que se acreditava cegamente nos números. Era exatamente a desconfiança em relação a eles que os tornavam um objeto visado de debate.

Respondendo ao Dr. Bruno, Dra. Nara reconheceu que, de fato, os números apresentados eram apenas uma estimativa, uma representação grosseira da realidade. Ela afirmou que o *Grupo Executivo da Rede Cegonha* estava plenamente consciente de que o montante de recursos financeiros efetivamente gasto na implementação de cada um dos componentes da *Rede Cegonha* dependeria de uma série de outras variáveis que sequer se encontravam contempladas na planilha do *Excel*.

Dependia, antes de tudo, da *adesão* dos *gestores locais* à política lançada pelo Ministério; dependia da vontade e da *capacidade (de gestão e financeira)* de estados e municípios; dependia da postura dos profissionais de saúde da *ponta* para de fato implementá-la. Não obstante, a despeito de todas as variáveis das quais dependia o cálculo exato dos recursos para financiar a implementação da *Rede Cegonha*, a despeito de todas essas variáveis que não estavam sob a *governabilidade* do Ministério da Saúde, um levantamento inicial e uma primeira previsão de custos eram necessários. Isso por vários motivos. Em primeiro lugar, ponderou, estavam elaborando a *LOA* (Lei Orçamentária Anual) e o *PPA* (Plano Plurianual) dos anos 2012-2015 e, em breve, o Ministério do Planejamento cobraria as *ações* e as previsões de gastos do Ministério da Saúde. Em segundo lugar, a Presidenta já havia sinalizado que não lançaria a política caso não estivesse segura de que haveria recursos federais para financiá-la.

Dra. Nara reiterou que, ainda que grosseira, a construção de uma primeira estimativa era fundamental. Aos poucos, encontrariam formas para que os números estimados melhor se aproximassem da realidade. No caso dos exames de pré-natal,

inclusive, já estava previsto como isso seria feito. Ela esclareceu que apenas o primeiro repasse de recursos, imediatamente após à adesão dos municípios à *Rede Cegonha*, seria baseado na estimativa do número de gestantes. O segundo repasse, seis meses após o primeiro, seria calculado a partir do número de gestantes efetivamente *captadas* pelas equipes da *atenção básica*. Finalmente, a partir do terceiro repasse, as transferências passariam a ser mensais e seriam condicionadas à comprovação da realização dos exames e da devolução dos resultados em *tempo oportuno*. Com isso, municípios que não realizassem os exames e não devolvessem os resultados dentro do prazo adequado não receberiam os *repases de custeio* dos exames de pré-natal.

Dr. Bruno ainda parecia insatisfeito com a resposta da Dra. Nara. Ele reiterou que já havia acompanhado de perto a implantação de *Redes de Atenção à Saúde* e que a experiência o havia ensinado que o monitoramento de uma *Rede* é tarefa excessivamente complexa. Por isso, queria saber se Ministério realmente teria meios para acompanhar o número de gestantes *captadas* ou o tempo entre a realização dos exames e a devolução dos resultados, tal como se propunha. Se o repasse de recursos encontrava-se vinculado a essas informações, que instrumentos o Ministério utilizaria para acompanhá-las? Por que meios saberiam que estavam sendo realizadas?

Dessa vez, Dra. Nara não disse nada. Foi Valéria quem explicou ao Dr. Bruno que inquietações idênticas às dele haviam ocupado muitas horas de discussão e de trabalho do *Grupo Executivo da Rede Cegonha*. Por essa razão, instituíram um *grupo de trabalho*⁵⁷ para revisar o *Sispré-natal* e criar um novo sistema a partir do antigo. O *Sispré-natal* era um sistema de informação/banco de dados que seria

⁵⁷ Todas as vezes que um trabalho específico precisava se desenvolvido, constituía-se um grupo de trabalho. Grande parte dos grupos de trabalho podem ser considerados como reuniões transversais, tais como descritas no capítulo anterior. Constituíam-se com a finalidade de elaborar um trabalho específico e duravam o tempo que fosse necessário à conclusão do trabalho.

disponibilizado às Unidades Básicas de Saúde para auxiliar no registro e no acompanhamento das informações das gestantes. O *Sispré-natal* antigo não havia conquistado a adesão dos municípios e por isso era muito pouco utilizado. O novo viria com algumas modificações, dentre as quais se destacava a possibilidade de ele ser acessado online, de modo que qualquer *UBS* conectada à internet pudesse utilizá-lo. Valéria esclareceu que o Ministério da Saúde dispensaria grandes esforços para fazer com que o *Sispré-natal* alcançasse todas as Unidades Básicas de Saúde de todos os municípios do país. Com o sistema implantado, seria possível estimar com mais precisão o número de gestantes acompanhadas pelas *equipes da atenção básica*. Acrescentou que incluiriam no sistema um *campo* para contabilizar o lapso de tempo entre a realização dos exames e a devolução dos resultados. Dessa forma, acompanhariam o *tempo oportuno* da entrega dos exames, monitorado como condição para o repasse de recursos.

Antes que as objeções tivessem início, Valéria ponderou que gostaria de esclarecer estar cientes da complexidade que envolvia a implantação de um sistema de informação *na ponta*, sobretudo na *atenção básica*. Dentre as dificuldades, destacavam-se a *carência de infraestrutura* e a indisponibilidade dos profissionais de saúde para *alimentar* os sistemas de informação – fato muitas vezes agravado pela falta de cobrança e de fiscalização por parte dos gestores locais. Ela argumentou que, como era sabido, em muitos municípios do país as *UBS* (Unidades Básicas de Saúde) sequer contavam com computadores. Algumas tinham computadores inutilizados, pois a unidade não estava informatizada e os profissionais não se encontravam devidamente treinados para operar o *Sispré-natal*, o *SIAB* (Sistema de Informação da Atenção Básica) e outros sistemas de informação que porventura necessitassem acessar. Valéria explicou que nesses casos – mais comuns do que se imaginava – os profissionais da atenção básica preencheriam à mão fichas de papel que reproduziriam os campos de dados previstos pelo sistema. Posteriormente, as fichas seriam enviadas às Secretarias Municipais de Saúde, onde digitadores ficariam responsáveis por incluí-las no *Sispré-natal*. Ela reconheceu que a solução diminuía a acuidade dos dados incluídos e acessados pelo sistema, mas era

a solução possível para aquele momento. Além disso, as fichas começariam a treinar os profissionais das *UBS*, que, em médio e longo prazo, passariam a realizar o trabalho diretamente no sistema.

Nesse momento, Valéria foi interrompida por Bernardo, assessor de dirigentes do *DAB* (Departamento de Atenção Básica). Bernardo queria esclarecer como, mais uma vez, *os esforços* do *DAB* iam ao encontro das propostas da *Rede Cegonha*. Relatou que, como muitos já sabiam, estava em processo de reformulação o *Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde*. O objetivo do programa era melhorar a infraestrutura das *UBS*. Recursos seriam investidos na construção, reforma e ampliação de postos de saúde (*UBS*), e provavelmente haveria previsão de compra de equipamentos, inclusive de computadores. Bernardo informou que *estavam dialogando* com a Casa Civil e com o Ministério das Comunicações para estudar a viabilidade da disponibilização de banda larga para todas as *UBS* do país. Se tudo desse certo, em pouco tempo, não apenas o *SIAB*, mas também o *Sispré-natal* poderiam ser utilizados em cada uma das milhares de unidades da atenção básica do país. Definitivamente, concluiu, uma das consequências seria a melhora das estatísticas nacionais coletadas pela atenção básica, sobretudo os dados de atenção.

Valéria agradeceu a lembrança de Bernardo e enfatizou que *DAB* e *DAPES* precisariam trabalhar *alinhados* quando a implantação do *Sispré-natal* começasse. Em seguida, retomou a exposição sobre como atuariam para contornar as dificuldades e os obstáculos que *a ponta* apresentaria no preenchimento do sistema. Além dos problema de infraestrutura, era preciso também superar a indisposição (por falta de tempo ou por má vontade) em relação à tarefa. Ela explicou que o número de gestantes cadastradas não serviria apenas para o cálculo de recursos dos exames. O cadastro seria referência para o cálculo de outros dois recursos a serem transferidos: o custeio para o deslocamento da gestante até as consultas de pré-natal e o valor que deveria cobrir o deslocamento da gestante até o hospital no dia do parto. Acreditava-se que, ao condicionar o repasse de três recursos à realização do cadastro das gestantes, o Governo Federal estaria incentivando os gestores

municipais a cobrar dos profissionais da *atenção básica* o preenchimento das fichas e a inclusão dos dados no sistema.

Com o apoio verbal dos membros do *Grupo Executivo da Rede Cegonha*, Valéria reconheceu que não seria fácil universalizar o uso do *Sispré-natal*. Sabia que o processo seria lento, cheio de obstáculos e resistências. No entanto, em algum momento seria preciso começar, e aquele parecia adequado. Como discutiremos mais adiante, o Ministério da Saúde dispense grandes esforços na produção e no processamento de dados e informações que lhe ajudam a vislumbrar o que se passa *na ponta*. A criação e a implantação de inúmeros sistemas de informação é um deles e – concomitante a ele – os incansáveis esforços de convencimento para que *a ponta* colabore e apresente os dados requeridos.

Finda a exposição sobre o financiamento do pré-natal, Valéria passou à apresentação do financiamento do segundo componente da *Rede Cegonha*: o *componente do parto e nascimento*. Para esse componente, explicou, a *Rede Cegonha* disponibilizaria recursos visando a dois objetivos: em primeiro lugar, a melhoria da *infraestrutura física dos estabelecimentos de saúde*; em segundo lugar, disponibilizaria recursos para a ampliação do número de leitos.

Três estabelecimentos receberiam recursos para *investimento em infraestrutura*: as maternidades, os Centros de Parto Normal (*CPN*) e as Casas de Gestante e do Bebê (*GCB*). Valéria lembrou que, embora a *RDC Nº 36 da Anvisa* tivesse sido publicada em 2008, ainda em 2011, inúmeras maternidades do país, todas em pleno funcionamento, continuavam a exercer suas atividades sem adequar-se às normas e parâmetros previstos pela Resolução da Anvisa. Para solucionar esse problema, a *Rede Cegonha* disponibilizaria recursos de investimento para que a *ambiência das maternidades* fossem adequadas. Previam-se recursos tanto para a *reforma das instalações* como também para a *aquisição de equipamento*. É interessante perceber que a dificuldade para acessar *a ponta* também se manifesta na dificuldade para

fiscalizar o cumprimento de regulamentações e parâmetros definidos pelo Governo Federal, no caso, aquelas impostas pela Resolução da Anvisa.

No financiamento previsto para o *componente parto e nascimento*, outros dois estabelecimentos também receberiam investimentos do Ministério da Saúde: os *CPN* (Centro de Parto Normal) e os *CGB* (Casas da Gestante e do Bebê). Para esses, além de disponibilizar recurso para a melhoria da infraestrutura de unidades já existentes (ampliação e reforma), também estava previsto o financiamento da construção de novos *estabelecimentos*. Valéria enfatizou que o Ministério da Saúde não financiaria apenas os investimentos em CPN e CGB, mas também o *custeio* mensal das unidades. Após a construção ou a reestruturação dos prédios de *CGB* e *CPN*, municípios e estados poderiam pleitear recursos para a *aquisição de equipamentos*. Feita a compra dos equipamentos, tendo os serviços entrado em pleno funcionamento e cumpridos os processos de comprovação da conclusão de cada uma dessas fases, o Ministério da Saúde começaria a repassar recursos do *Fundo Nacional de Saúde* para os *Fundos municipais e estaduais* com vistas a cobrir os gastos mensais daquelas unidades.

Nesse momento, Fernando, profissional da Coordenação de Atenção Hospitalar interrompeu a apresentação para perguntar sobre os *instrumentos de repasse financeiro* a serem utilizados na operacionalização da proposta. Ele queria saber se os recursos para construção, reforma e compra de equipamentos poderiam ser incorporados ao *teto MAC* (o bloco da média de alta complexidade) ou se, para ter acesso ao financiamento, estados, municípios e instituições filantrópicas teriam de passar por *todo o processo dos convênios*.

Como já mencionamos, as transferências de recursos financeiros do Governo Federal para os governos municipais e estaduais pode se dar de duas formas: por intermédio *dos blocos de financiamento*, ou por intermédio dos *convênios*. Para operacionalizar o primeiro (repasse pelos *blocos*), o Ministério da Saúde emite uma espécie de ordem de pagamento fundamentada em uma portaria em que a

transferência esteja prevista, como seria a da *Rede Cegonha*, por exemplo. Efetuada a ordem, o *Fundo Nacional de Saúde* acrescenta o recurso previsto ao montante total repassado nos blocos transferidos mensalmente. No caso dos *convênios*, a transferência fica condicionada ao processo de *envio de propostas, análise, comprovação da documentação, liberação parcial dos recursos* etc. Não há um prazo mínimo para a efetivação do *convênio*, mas o processo costuma estender-se por meses e, às vezes, por quase um ano.

Respondendo a Fernando, Valéria afirmou que realizar todas as transferências financeiras por intermédio dos *blocos de financiamento* também era a vontade do *Grupo Executivo da Rede Cegonha*. Infelizmente, porém, para os investimentos em infraestrutura e para a aquisição de equipamentos não haveria como fugir da *burocracia dos convênios*. Explicou que haviam recorrido à *assessoria jurídica* e constataram que o repasse de recursos para investimento por intermédio da ampliação do *teto MAC* seria inviável, pois não havia previsão legal para a transferência de recursos de investimento dessa maneira. Fizessem isso, seriam posteriormente questionados pelo *TCU* (Tribunal de Contas da União), sob o risco de serem acusados de improbidade administrativa. Para a transferência dos recursos de investimento, sim, seria preciso passar pelos *trâmites dos convênios*. Por outro lado, ponderou, quando *CPN* e *CGB* estivessem com a infraestrutura pronta e em pleno funcionamento, o custeio das unidades seria incorporado ao *teto MAC* e repassado automática e mensalmente aos fundos estaduais e municipais de saúde.

Fernando parecia não se contentar com a resposta apresentada por Valéria. Ele protestou que, mais uma vez, como acontecia todos os anos, recursos disponíveis para melhorar e *fazer avançar* o SUS sequer deixariam a conta do Ministério. Não porque não existiam necessidade e demanda por eles, mas porque *procedimentos burocráticos complicados* dificultavam o acesso dos municípios e estados ao dinheiro. Fernando criticou o sistema de informações utilizado para a celebração dos convênios e lembrou a dificuldade dos *gestores locais* para lidar com a *burocracia do sistema*. Ele encerrou sua fala afirmando que não conseguia

compreender por que alguns investimentos poderiam ser realizado sem os trâmites dos convênios – como a construção de *UPAS* (Unidades de Pronto Atendimento) e de *UBS* (Unidades Básicas de Saúde), por exemplo – e outros não.

Valéria pediu que Fernando se acalmasse, afirmando estar plenamente de acordo com os pontos que ele havia levantado. Infelizmente, porém, inúmeros fatores que influenciavam a elaboração das políticas de saúde estavam além da governabilidade do Ministério da Saúde. O repasse via *convênio* era determinado pelo Ministério do Planejamento e a mudança de instrumento somente poderia ser levada à cabo se o alto escalão do Ministério da Saúde – possivelmente o Ministro – a pleiteasse junto ao Ministério do Planejamento ou à Casa Civil. Os recursos para construção de *UBS* e de *UPAS*, explicou, eram recursos do *PAC* (Programa de Aceleração do Crescimento) e, de fato, gozavam de uma série de prerrogativas. Não obstante, era importante lembrar que, tal como acontecia com os *convênios*, toda uma sistemática para acompanhar cada uma das fases da execução do dinheiro – da aprovação das propostas à transferência das últimas parcelas – estava em fase de elaboração e não era muito diferente daquela dos convênios.

Para dar continuidade à apresentação, Valéria pediu que Gustavo trocasse mais uma vez o arquivo utilizado. Sobre a parede, uma nova planilha do *Excel* expunha os cálculos para o financiamento de leitos, que Valéria iria explicar em seguida. Antes que começasse a falar, porém, foi interrompida por Luiza, assessora do Gabinete do Ministro. Luiza queria saber sobre as *metas físicas e financeiras* das *ações* cujo financiamento Valéria acabava de descrever. Ela afirmava que Valéria havia esclarecido quais *estabelecimentos de saúde* seriam financiados; no entanto, não apresentara a previsão de quantos estabelecimentos receberiam os recursos previstos. Quantas maternidades teriam suas *ambiências adequadas*? Quantos *CPN* (Centro de Parto Normal) reformados? Quantos *CPN* e quantos *CGB* (Casas da Gestante e do Bebê) construídos? E quantos estabelecimentos receberiam recursos para aquisição de equipamentos? Luiza apontou que, sem a previsão das *metas físicas*, não poderiam estimar as *metas financeiras*.

As perguntas – sem resposta, sabia-se – criaram uma espécie de inquietação e desconforto no auditório do Edifício Premium, mas a tensão dissipou-se rapidamente com a fala tranquila de Valéria. Ela explicou que estavam estimando os custos para cada uma das ações, e o *DRAC* e o Departamento de Economia da Saúde estavam ajudando o *Grupo Executivo* no levantamento dos custos. Afirmou que tinham valores aproximados para a *adequação da ambiência* das maternidades, pois estimaram os custos a partir dos padrões previstos pela *RDC Nº 36 da Anvisa*. Porém, a definição dos custos de reforma, construção e equipamentos de *CPN* e *CGB* tomaria mais tempo e demandaria mais trabalho.

Para esses estabelecimentos inexisteriam normas e *parâmetros* que definissem as características da infraestrutura e os equipamentos. Para calcular o custo da reforma ou da construção dos novos estabelecimentos era preciso, antes, definir as características da construção e a necessidade de equipamentos. Valéria lamentou que a estimativa de financiamento previsto para cada um desses estabelecimentos de saúde seria um número impreciso. Como as *ações* seriam implementadas por intermédio de *convênios*, a Portaria da política determinaria apenas o valor máximo pago por cada uma delas. Desse modo, haveria um valor máximo para *adequação da ambiência*, um valor máximo para construção de *CPN*, um valor máximo para construção de *CGB*, um valor máximo para compra de equipamentos para *CGB*, e assim por diante. Os gestores municipais e estaduais poderiam submeter projetos de convênio com valores máximos até o *teto* pré-estabelecido.

Valéria explicou que um outro problema dificultava a estimativa de *metas financeiras* para as *ações* previstas como *componente do parto e nascimento* da Rede Cegonha: a impossibilidade de se definir as *metas físicas*. Explicou que calcular a quantidade de *estabelecimentos de saúde* que necessitava de reforma, de construção ou de equipamentos era muito mais complexo do que estimar o valor dos exames de pré-natal. No último caso, era possível calcular a demanda a partir da estimativa do

número de gestantes; para o investimento em construção, reforma e equipamentos, porém, não se sabia ao certo como estimar a demanda.

Valéria usou a *ação* de financiamento da *adequação da ambiência das maternidades* para exemplificar a dificuldade. Desde Brasília, não sabiam apontar as maternidades cuja *ambiência* ainda não havia sido adequada às normas da *RDC Nº 36 da Anvisa*. Sem ir até o território e sem realizar um diagnóstico local, não seria possível estimar quantas maternidades de fato necessitavam dos recursos financeiros do Ministério da Saúde para realizar as reformas. Além disso, não existiam *parâmetros de cobertura populacional* para *CPN* e *CGB*. Não sabiam qual a população seria *coberta* com a construção de cada uma dessas unidades – por exemplo, quantas unidades para cada x mil de habitantes? Sem esses *parâmetros*, mesmo uma estimativa grosseira da demanda pelos serviços parecia impossível; e sem conhecer a *demanda pelos serviços*, não conseguiam pensar numa *meta física* que de fato correspondesse às *necessidades* do país.

Valéria afirmou que estavam cientes de que um número precisava ser definido, pois era necessário, inclusive, estimar os gastos dos anos seguintes e inscrevê-los na *LOA* e no *PPA*. No entanto, ponderou, o número total de maternidades com *ambiência adequada* e o número total de *CGB* e *CPN* construídos dependeria de um bom trabalho de articulação (para que gestores submetessem os projetos) e de um bom trabalho de apoio técnico (para que passassem pelo *sistema dos convênios*). Em última instância, porém, o número estava absolutamente além da *governabilidade* do Ministério.

Como mencionamos no começo deste capítulo, os debates e discussões sobre as *metas físicas e financeiras* da Rede Cegonha são importantes por ilustrar um momento fundamental da elaboração da política pública: a definição do financiamento. A apresentação detalhada das controvérsias, porém, tem outra intenção: visa a mostrar a dificuldade do Governo Federal – e do Ministério da Saúde em particular – para acessar e para conhecer a realidade dos serviços nos estados e

nos municípios. Para melhor compreender o debate sobre o financiamento, faremos uma breve pausa para elucidar e esclarecer conceitos e ideias recorrentemente mobilizados pelos profissionais e pelos dirigentes do Ministério da Saúde.

3. NECESSIDADES DE SAÚDE E OFERTA DE SERVIÇOS

O cálculo das *metas físicas e financeiras* das políticas do Ministério da Saúde baseia-se no princípio da economia segundo o qual a *demand*a por *serviços e ações de saúde* (as *necessidades de saúde da população*) deve ser respondida com *ofertas de serviços e ações de saúde*. Na elaboração da *Rede Cegonha*, admitia-se que a política deveria contribuir para aumentar a *capacidade de oferta de serviços e ações de saúde*, aproximando-se da demanda (não atendida) da população.

Foi essa a lógica utilizada para calcular as *metas físicas e financeiras* dos exames de pré-natal. Admitiu-se que todas as gestantes fariam todos os exames de pré-natal e, desse modo, o número de gestantes foi assumido como se correspondesse à demanda. Em seguida, como o Ministério da Saúde havia se comprometido a custear 100% dos exames, entendeu-se que o valor da oferta deveria ser igual àquele encontrado para as gestantes. Desse modo, para fazer convergir oferta e demanda, o número de exames de pré-natal financiados pelo Ministério deveria ser igual ao número de mulheres grávidas.

Em outras situações, porém, a equação pode tornar-se mais complexa que aquela dos exames. Isso acontece quando uma oferta de serviços já existe, e apenas um acréscimo na oferta precisa ser calculado. Nesses casos, a lógica do cálculo de *serviços e ações* a serem ofertados (isto é, a *meta física*) baseia-se na seguinte equação:

Demanda = oferta que ainda falta + oferta existente

ou

Oferta que ainda falta = demanda – oferta existente

A equação procura identificar o número ideal, isto é, a *meta física ideal de ações e serviços* a serem ofertados por uma política de saúde. Ela considera que uma dada quantidade já era ofertada antes da implementação da nova política. É interessante notar que a equação se aplica a qualquer escala, e pode ser utilizada para estimar as *metas físicas* de uma ação para todo o território nacional, para um município ou, ainda, para um único estabelecimento de saúde. Além disso, a equação pode ser aplicada ao cálculo de demanda e oferta de *ações e serviços de saúde* variados: pode ajudar a determinar o número de exames ou de consultas realizadas em um período de tempo; pode calcular o número de leitos ou de equipamentos necessários para oferecer uma determinada *cobertura* a um determinado volume populacional. Mas qual a origem e a fonte dos números que irão compor os termos da equação? Vejamos um exemplo.

Numa política que objetivasse aumentar a *cobertura da atenção básica*, o número a mais de *equipes da atenção básica* a serem implantadas, isto é, a *meta física* da política seria calculado pela diferença entre o número de equipes necessário para atender as necessidades de saúde da população (o número ideal) menos o número de equipes existentes. A equação seria a seguinte:

Demanda = oferta que ainda falta + oferta existente

Oferta que ainda falta = demanda – oferta existente

Nº de equipes a implantar (*meta física*) = Nº ideal (para atender necessidades de saúde) – Nº existente

A fim de determinar o número ideal de equipes da *atenção básica* para todo o país (segundo termo da equação), os profissionais da *atenção básica* consultariam a Portaria 1.101/2002, o principal documento de *parametrização* utilizado pelo Ministério da Saúde. A portaria traz em detalhes diversos *parâmetros assistências*, que são as definições e as fórmulas para se calcular a relação numérica ideal entre a população total e o montante de serviços, *ações*, profissionais e equipamentos de saúde necessários para atendê-la⁵⁸. A Portaria apresenta *parâmetros de cálculo* para, por exemplo: o nº de consultas médicas por habitante por ano; o nº de consultas médicas por especialidade por habitante por ano; o nº de um determinado exame realizado por ano para x mil habitantes; o nº de determinados equipamentos para cada x mil habitantes; a taxa de produtividade hospitalar; a taxa de ocupação dos leitos hospitalares; etc.

Desse modo, para calcular o número ideal de equipes da atenção básica para uma determinada população (todos os brasileiros, por exemplo), os profissionais do DAB verificariam que, como *parâmetro* ideal, a 1.101 estabelece a proporção de 1/700-1000 famílias, isto é, uma equipe do Programa Saúde da Família para cada 700 a 1000 famílias (aproximadamente 3.450 pessoas). De posse do parâmetro, os profissionais do *DAB* recorreriam aos dados do IBGE e realizariam os cálculos: se para 3.450 pessoas é necessário 1 equipe, quantas equipes seriam necessárias para toda a população brasileira? A resposta a essa pergunta lhes ajudaria a encontrar o valor para o segundo termo da equação, isto é, o número ideal de equipes da atenção básica necessário para responder às *necessidades de saúde* de uma determinada população.

⁵⁸ A Portaria GM 1.101 de 12 de junho de 2002 está disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>. (Acessado em 15 de maio, 2013). É importante esclarecer que a Portaria GM 1.101 não é o único documento do Ministério da Saúde que define, descreve conceitos, fórmulas de cálculo e estabelece *parâmetros assistenciais*. Não obstante, era o principal documento e o mais frequentemente consultado.

Para encontrar o valor do terceiro termo da equação (o número de equipes existentes), os profissionais de saúde da atenção básica recorreriam ao *SIAB* – o Sistema de Informação da Atenção Básica. Trata-se do sistema de informação gerido pelo *DAB*, no qual o Departamento mantém, dentre muitas outras informações, dados sobre todas as equipes da atenção básica do país que recebem recursos do governo federal. De posse do número de equipes, os profissionais do *DAB* teriam ainda de realizar os cálculos para encontrar a *cobertura* das equipes, isto é, o número de equipes por habitantes, ou seja, teriam de dividir o número total de equipes de todo o território nacional, pela população brasileira. Suponha-se (é apenas uma suposição), que se descobrisse que o Brasil possui 1 equipe para cada 5000 habitantes. Ao colocar os números descobertos nos termos da equação, ter-se-ia o número de equipes a serem implantados para que a oferta total de serviços de saúde coincidissem com a demanda (calculada a partir dos parâmetros definidos em portaria). A equação ficaria assim:

$$\text{Oferta que ainda falta} = \text{demanda} - \text{oferta existente}$$
$$\text{N}^\circ \text{ de equipes a implantar (meta física)} = \text{N}^\circ \text{ ideal (para atender necessidades de saúde)} - \text{N}^\circ \text{ existente}$$
$$\text{N}^\circ \text{ de equipes a implantar (meta física)} = (\text{pop. Brasil}/3450) - (\text{pop. Brasil}/5000)$$

Não obstante, a elaboração do cálculo para toda a população do país geraria inúmeras desconfiças. Em primeiro lugar, os profissionais do *DAB* provavelmente criticariam o nível de agregação populacional utilizado para o cálculo. Afirmariam, que, dadas as disparidades regionais do país, não se pode calcular a necessidade de implantação de equipes da atenção básica considerando de uma única vez todo o território nacional. Há regiões com número satisfatório de equipes por população, e há regiões com muito baixa cobertura. Os profissionais do *DAB* provavelmente sugeririam que os cálculos fossem realizados separadamente para cada macrorregiões do país, por estados, ou por regiões intraestaduais de saúde (como as

previstas para a *Rede Cegonha*). Em última instância, todos concordariam que um número mais preciso e mais próximo da realidade seria encontrado caso os cálculos fossem realizados tendo por base os municípios.

O nível de agregação não seria o único motivo pelo qual o cálculo desencadearia uma série de questões e debates. Possivelmente, um profissional ou dirigente de qualquer área do Ministério levantaria questões sobre os *parâmetros assistenciais* utilizados: estariam atualizados? Poderiam ser realmente estendidos para todo o território? Na Amazônia Legal, por exemplo, dada a dispersão da população, não seria recomendada uma proporção maior de *equipes por habitantes*? Além disso, os *parâmetros* dariam resultados muito diferentes, conforme o território e a base populacional em que fossem aplicados. Considerando isso, como descobrir a melhor forma de aplicá-los? Haveria uma forma de verificar sua fidedignidade? No caso da *cobertura* da atenção básica, por exemplo, não seria interessante compará-la com os dados do *SIAB* sobre números de consulta por habitantes realizadas pela atenção básica? Era possível confiar nos dados do *SIAB* nesse sentido?

Finalmente, além de dúvidas sobre os métodos e sobre os *parâmetros* utilizados, as questões levantadas em relação aos cálculos das *metas físicas* da política de ampliação de *cobertura da atenção básica* (que usamos como exemplo hipotético) também mirariam a confiabilidade da origem dos dados, isto é, a confiabilidade dos sistemas de informação. Profissionais e dirigentes provavelmente questionariam se o número de equipes indicado pelo sistema corresponde ao número de equipes existentes de fato. Seriam analisadas as razões e as possibilidades de o sistema sobre-representar ou sub-representar o número de equipes. Alguém poderia argumentar, por exemplo, que há casos de municípios que contornam o sistema e os meios de fiscalização e mantêm no sistema dados de equipes desativadas, para não terem suas transferências do *PAB* diminuídas. Possivelmente, uma fórmula numérica de correção seria invocada para tentar diminuir os efeitos da falta de credibilidade dos sistemas de informação.

O importante a notar é que a determinação das *metas físicas* das políticas e programas pensados pelo Ministério da Saúde baseiam-se no conceito de *necessidade de saúde*. Esse conceito assume que a *oferta de serviços de saúde* deve ser igual à *demandas por serviços*, traduzindo-se na expressão “oferta da nova política = demanda (necessidade de saúde) – oferta existente”. Para resolver a equação, como vimos, recorre-se, em primeiro lugar, a determinadas fontes de dados, na maioria das vezes os sistemas de informação do próprio Ministério; e, em segundo lugar, a fórmulas e métodos de cálculos previamente definidos. Para o argumento que pretendemos tecer, importa-nos olhar um pouco mais de perto para as fontes dos dados e os métodos de cálculo.

São duas as principais fontes de dados utilizadas para estimar tanto a *oferta* quanto a *demandas por serviços de saúde*: os bancos de dados oficiais do país (sobretudo os dados do censo e da PNAD, levantados pelo IBGE) e os sistemas de informação do Ministério da Saúde. No entanto, não importa a fonte, os profissionais do Ministério da Saúde nunca tomam os dados como um fato. Em relação aos dados do IBGE, estuda-se minuciosamente a sua adequação aos cálculos requeridos, como por exemplo, se é possível dividir a população por faixas etárias, ou se os níveis de agregação (estados, municípios) são adequados aos cálculos. Por sua vez, os dados advindos de sistemas de informação do Ministério nunca são acatados sem que uma série de questões sejam levantadas. As questões versam sobre a *alimentação do sistema, sua manutenção* e sobre a maneira como as informações foram extraídas dos bancos de dados, pois é possível fazê-lo de várias maneiras.

Os *parâmetros* e as *fórmulas* aplicados aos números e dados são igualmente questionados. Em relação aos *parâmetros*, discute-se se foram selecionados os mais adequados, se existem múltiplas fontes para o mesmo *parâmetro*, se haveria uma forma de “tirar a prova” dos valores encontrados de acordo com a *parametrização* escolhida. As *fórmulas e métodos de cálculo* também suscitam uma série de questões: a adequação da base populacional sobre a qual o cálculo foi aplicado, a existência de fórmulas alternativas, a aplicação de fórmulas para a correção de desvios etc.

Frequentemente, os resultados finais nunca são aceitos sem que se elabore toda uma nova série de cálculos com dados semelhantes, para que se possa realizar uma comparação.

Tudo isso nos sugere que os profissionais e dirigentes do Ministério da Saúde não cultivam uma *crença* cega nos números e dados estatísticos. Ao contrário, entende-se perfeitamente que eles são produzidos, cadastros após cadastros, números sobre números, cálculos sobre cálculos. É exatamente porque se sabe que os números são produzidos, que eles são questionados, escrutinizados e debatidos todas as vezes em que são evocados. Mais que isso, é o reconhecimento de que eles são produzidos que faz despertar as reações acima descritas. De um lado, as pessoas que *não trabalham com números* porque neles não confiam. Maioria das vezes, elas são justamente aquelas que desconhecem os meios por meio dos quais desconfiar. Por outro lado, as pessoas fascinadas com os números, que passam horas a fio discutindo os métodos de produzi-los para que melhor se aproximem da realidade.

Considerando o tamanho do país e a capilaridade dos *estabelecimentos de saúde*, profissionais e dirigentes do Ministério da Saúde sabem que não se pode ir até a *ponta*, não se pode montar uma grande pesquisa ou uma *força-tarefa nacional* todas as vezes que precisam estimar um valor numérico que os oriente no planejamento e na definição de *metas físicas e financeiras* de uma política pública. Nesse sentido, os números – dados estatísticos e epidemiológicos – fazem o papel de mediação entre o Ministério da Saúde e a *realidade* dos estabelecimentos de saúde de cada estado e de cada município. Como mediadores, eles funcionam como índices, conectando a infraestrutura, os equipamentos e os profissionais de saúde *da ponta* aos profissionais e dirigentes do Ministério. Como mediadores, a fim de conectar as duas extremidades eles precisam percorrer um longo canal de comunicação – as fichas preenchidas à mão, os cadastros no sistema, a consulta ao sistema, a relação construída com outro dado extraído de outro sistema, os *parâmetros assistenciais*, os cálculos etc. Não é estranho, portanto, que profissionais e dirigentes do Ministério

passem horas discutindo as condições desse canal. Ao discutirem as condições da mediação, discutem, na verdade, em que medida conseguem acessar a realidade.

4. O FINANCIAMENTO DA REDE CEGONHA – CONTINUAÇÃO

Em continuidade à apresentação do financiamento do segundo componente da *Rede Cegonha* – o *componente do parto e nascimento* – uma nova planilha foi projetada sobre a parede do auditório do Edifício Premium. Valéria explicou que, além de transferir recursos para maternidades, *Centros de Parto Normal* e *Casas de Gestante e Bebê*, a *Rede Cegonha* também colaboraria como o financiamento dos leitos.

O Ministério da Saúde atuaria em duas frentes: em primeiro lugar, contribuiria para a ampliação do número de leitos, financiado a compra de equipamentos e a implantação de novos leitos; em segundo lugar, contribuiria no custeio dos leitos, aumentando o valor transferido pela diária de leitos, tanto dos novos quanto dos existentes. Desse modo, ficaria responsável por 80 % do valor total do custo diário de cada leito financiado pelo SUS. Para cada novo leito implantado, um leito existente seria *qualificado* em conformidade com os padrões definidos pela *Rede Cegonha*. O leito *qualificado* também passaria a receber os mesmos valores da diária dos leitos novos. Valéria explicou que essa regra seria válida pra praticamente todos os leitos cujo financiamento estava previsto pela política: leitos de *UTI* (Unidade de Tratamento Intensivo) *adultos e neonatais*; para leitos de *UCI* (Unidade de Cuidados Intermediários) neonatais e para leitos *GAR* (Gestação de Alto Risco). Os *leitos canguru* eram os únicos leitos para os quais haveria uma regra de financiamento diferente. Constituíam uma estratégia importante para a mudança de modelo que se pretendia realizar com a política e, por essa razão, teriam 100% dos seus custos financiados.

Satisfeita, Valéria anunciou que os recursos transferidos para *implantação e custeio* de leitos não precisariam passar pela *burocracia dos convênios*. Municípios e estados

poderiam enviar os projetos diretamente para o *DAE* (Departamento de Atenção Especializada), que os analisaria e, junto ao *DRAC* (Departamento de Regulação, Avaliação e Controle), autorizaria o aumento do valor repassado pelo *teto MAC*⁵⁹. Mais uma vez, Valéria chamou a atenção para o critério de aumento do valor da diária de leitos *qualificados*. Para esses, o valor da transferência somente aumentaria se o hospital cumprisse com as *metas de atenção* acordadas e pactuadas no momento do planejamento da *operacionalização da Rede*. Este era um dos meios pelos quais o Ministério da Saúde tentava influenciar a *mudança do modelo*.

Boris, um jovem profissional de menos de 30 anos que trabalhava no *DARAS* (Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde), pediu a palavra. Ele explicou que, como estavam na iminência de levar a Rede Cegonha à *CIT* (Comissão Intergestores Tripartite), gostaria de apontar dois pontos da proposta que, acreditava, seriam contestados pela *Comissão*. Em primeiro lugar, o *custeio* de apenas 80% do valor da diária. Certamente, municípios e estados argumentariam a favor do repasse de 100% do valor. O segundo ponto, também relacionado ao financiamento, dizia respeito ao cumprimento das metas que, aparentemente, condicionavam, o repasse de recursos. Que metas eram essas? Em que instâncias seriam acordadas? Não seria equivocado punir com o corte de recursos exatamente municípios e estados que tivessem dificuldades para alcançar as metas? Não seriam estes os que, na verdade, mais necessitavam dos recursos?⁶⁰

Valéria iniciou sua resposta pela segunda questão. Ela esclareceu que as metas eram um importante instrumento para incentivar a transformação do *modelo de atenção*.

⁵⁹ Teto MAC sera melhor explicado no capítulo seguinte.

⁶⁰ A crítica de Boris remete às críticas levantadas às teorias da administração pública difundida por organismos multilaterais ao longo dos anos 1990. De acordo com essas teorias, era preciso aplicar à administração pública uma lógica semelhante à do mercado, isto é, recompensar os órgãos com bom desempenho e punir os órgãos com mau desempenho. Essas abordagens foram posteriormente criticadas, sobretudo por punir exatamente órgãos ou entes federativos (estados e municípios) que mais precisavam de apoio.

Explicou que ainda não as tinha em mãos, mas que o *Grupo Executivo* trabalhava para definir metas que incentivassem a prestação de serviços de acordo com os valores e com os padrões de *integralidade* da atenção e da *humanização do cuidado* previstos pela *Rede Cegonha*. Além disso, para cada meta haveria um indicador, que seria a maneira como o Ministério acompanharia a qualidade do *cuidado* dispensado aos usuários. Valéria reiterou que, para o Ministério da Saúde, desde Brasília, era muito difícil estabelecer ações que de fato levassem à *transformação do modelo*. A definição das metas de qualidade foi uma das estratégias encontradas para isso. Desse modo, as *ações* de investimento em infraestrutura (construção, reforma e aquisição de equipamentos) e os recursos repassados para custeio de leitos seriam condicionadas a exigências que visavam a *transformação das práticas de trabalho* cotidianas dos profissionais de saúde. Vincular o repasse de recursos a *indicadores* que buscavam inferir a *mudança das práticas* era uma maneira de incentivar a *transformação do modelo*. Não seriam metas difíceis de alcançar, concluiu, mas era preciso incentivá-las de alguma maneira.

É interessante notar que, além de incentivar a *mudança de modelo*, a definição de metas e sobretudo a escolha e o acompanhamento dos indicadores implica a criação de um canal e de um fluxo constante de comunicação da *ponta* para o Ministério da Saúde. Nesse sentido, metas e indicadores contribuem para que dirigentes e profissionais do Ministério tenham um canal de acesso àquilo que, em Brasília, parecia constituir-se como um recurso escasso: o conhecimento sobre *o que de fato acontece na realidade da ponta*.

Valéria passou então a esclarecer por que o Ministério financiaria apenas 80% dos leitos de *UTI*, de *UCI* e de leitos *GAR*. Começou sua fala afirmando que o Ministério da Saúde já estava aumentando o valor da diária dos leitos, mas antes que pudesse concluir o argumento foi interrompida pela Dra. Nara. Dra. Nara afirmou categoricamente que, se necessário fosse, o que estava para dizer ali repetiria na *CIT*. Ela argumentou que a Lei 8.080 e a Lei 8.142 – as leis constitutivas do *SUS* – rezavam, de forma clara e muito explícita, que o financiamento do *Sistema Único* era

responsabilidade compartilhada entre as três esferas de governo. Sendo assim, era importante que Governo Federal, estados e municípios assumissem de forma solidária a responsabilidade pelo financiamento da saúde do país. O Governo Federal assumiria apenas 80% do custeio das diárias dos leitos porque era importante que os estados e os municípios também participassem da partilha, assumindo a responsabilidade pelo restante. Ela reiterou tratar-se de leitos que realizavam *procedimentos da média e da alta complexidade* e que, portanto, só poderiam estar localizados em cidades de médio e grande porte. Desse modo, tinham consciência plena de não estarem onerando os pequenos municípios, cuja única fonte de recursos aplicados à saúde era muitas vezes as transferências federais. Os representantes do *CONASS* (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e do *CONASEMS* (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) precisavam ter consciência das responsabilidades daqueles que representam.

Dra. Nara aproveitou para acrescentar um comentário sobre a *vinculação do repasse de recursos ao cumprimento das metas*. Afirmou que todos sabiam que a Presidenta havia questionado o Ministério sobre os *instrumentos de monitoramento* com os quais acompanhariam a implementação e o desenvolvimento da política *na ponta*. Os indicadores mencionados e a vinculação dos repasses financeiros ao cumprimento de metas contribuiriam para o acompanhamento demandado pela Presidenta. Muito dinheiro estava em jogo, concluiu, e era importante acompanhar o destino de tanto recurso público. Dra. Nara era reconhecida como importante militante pela reforma sanitária e muito respeitada. Quando falava, quase nunca era contestada.

Dr. Bruno foi quem entrevistou em seguida e pediu para rever a planilha do Excel que trazia o cálculo de quantidades e de custo dos leitos, isto é, as *metas físicas e financeiras* dos leitos a serem financiados pela *Rede Cegonha*. A planilha foi projetada sobre a parede do Auditório e mostrava mais de 5.564 linhas. Ele queria saber com detalhe como os cálculos haviam sido feitos. Por que exatamente aqueles números? Como haviam chegado a eles? A questão era semelhante àquela que ele já

havia colocado sobre o cálculo dos custos do pré-natal. Mais uma vez, Dr. Bruno reiterou que não se podia apresentar planilhas tão complexas e elaboradas sem apresentar, também, as *memórias de cálculo*.

Diante da dúvida levantada pelo Dr. Bruno, uma nova planilha do Excel foi apresentada. Desta vez, o documento mostrava todos os passos e cálculos que levaram aos números exibidos. A planilha trazia 5.564 linhas, indicando que as quantidades (*físicas e financeiras*) haviam sido calculadas para cada um dos municípios brasileiros. Em suas primeiras colunas, a planilha trazia o nome dos municípios, o estado, a população total de cada município, bem como a população feminina em idade fértil. No grupo seguinte de colunas, a planilha apresentava os indicadores acompanhados pelo *SISNASC* e pelo *SIM*⁶¹: nº de nascidos vivos em um ano; nº de óbitos maternos em um ano; taxa de mortalidade neonatal e taxa de mortalidade infantil. Nas colunas seguintes, a planilha apresentava, para cada leito financiado, o cálculo de necessidade baseado no *parâmetro assistencial*, o número de leitos existentes e o cálculo de quantos leitos a *Rede Cegonha* deveria oferecer, conforme a equação segundo a qual a oferta de serviços deve ser igual à demanda. Ao lado dos dados quantitativos (*metas físicas*), uma coluna trazia o valor do custo de implantação dos leitos e, em seguida, outra coluna indicava o valor da diária de cada leito.

Apontando para a planilha, Dra. Nara explicou que o cálculo do número de leitos previstos pela *Rede Cegonha* baseou-se nos *parâmetros assistenciais* e nos métodos de cálculo publicados na *Portaria 1.101*. Aplicando os *parâmetros assistenciais* à *população* de cada município, chegaram ao número ideal de oferta de leitos. Em seguida, subtraíram o número de leitos existentes (obtido pelo *CNES*) do número

⁶¹ O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SISNASC) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) são sistemas que, como o nome diz, monitoram dados sobre o nascimento e a mortalidade registrados nas unidades de saúde. Encontram-se sob a gestão da SVS (Secretaria de Vigilância Sanitária) e estão disponíveis online, mas requerem senhas para acesso. (<http://200.214.130.44/sinasc/default.asp> e <http://200.214.130.44/sim/default.asp>)

ideal de leitos. Essa era a origem das *metas físicas*, que posteriormente serviriam para o cálculo das *metas financeiras*. As *metas financeiras* foram divididas em duas colunas, a primeira multiplicava o número da *meta física* pelo custo da implantação de cada leito; a segunda estimava o custo mensal dos leitos, considerando o novo valor da diária e a *taxa de ocupação* de 85%. Os cálculos foram feitos para cada tipo de leito (*UTI neonatal e adulto, UCI neonatal e leitos GAR*) e assim chegaram ao valor final, que era a soma dos valores de cada leito para cada município.

Quando a Dra. Nara encerrou sua fala, uma grande quantidade de pessoas mantinha os dedos levantados pedindo para falar. Quase todas abaixaram os dedos ao se verem contemplados na fala de Bia, que foi quem primeiro conseguiu a palavra. Bia ponderou que não conseguia confiar no cálculo das *metas físicas e financeiras* dos leitos. Para ela, os resultados alcançados estavam muito distantes da realidade, pois achava que o cálculo superestimava a necessidade de leitos do país. Ela ponderou que tinha duas críticas. Em primeiro lugar, queria saber por que utilizaram os *parâmetros da 1.101*, quando todo mundo, dentro e fora do Ministério, sabia que os *parâmetros* estavam desatualizados e precisavam ser revistos. Ela questionou se não seria mais interessante encomendar ao *Comitê de Especialistas* um estudo sobre a *necessidade de leitos*.

Bia observou que tampouco confiava no número de leitos extraídos do banco de dados do *CNES*. Reiterou que esse também era um problema conhecido: todos sabiam que alguns municípios tinham mais leitos em funcionamento que o número cadastrado no *SCNES*; outros tinham menos. Além disso, acrescentou que qualquer pessoa com experiência *da ponta* saberia que a distribuição de leitos pela tipologia do sistema não correspondia à realidade ⁶². A soma dos leitos de cada

⁶² No Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, os leitos cadastrados devem ser classificados de acordo com a seguinte tipologia: cirúrgico, clínico, pediátrico, complementar (UTI), obstétrico, hospital dia e outras especialidades. Argumenta-se que a classificação dos leitos tal com se encontram no CNES não corresponde à realidade dos leitos encontrados nos estabelecimentos de saúde. Para ver em detalhes as classificações

estabelecimento poderia até dar uma noção de leitos existentes, mas a distribuição entre os *tipos de leitos* era incerta.

Dra. Nara tomou a iniciativa de responder as dúvidas de Bia. Explicou que a indefinição dos *tipos de leitos* não era um grande problema. Não podiam entrar em um estabelecimento de saúde, carimbar um leito com uma tipologia, e proibi-lo de ser utilizado para outras finalidades. Era até interessante a flexibilidade do uso dos leitos. O importante, enfatizou, era que os estabelecimentos tivessem os equipamentos previstos para cada um dos leitos que no *SCNES* declaravam possuir. Por outro lado, a imprecisão do número de leitos, este sim era um problema que precisava ser atacado. Dra. Nara enfatizou que era urgente descobrir o motivo pelo qual os municípios não atualizavam seus bancos de dados, e era preciso incentivá-los a fazê-lo. A princípio, não fazia sentido os gestores não cadastrarem os leitos, pois assim ficavam impedidos de pedir ao Ministério da Saúde o pagamento da diária.

De todo modo, Dra. Nara prosseguiu, para o cálculo de leitos, não poderiam lançar mão de outra fonte de dados que não a fonte oficial, que era o *CNES*. Utilizar outra fonte seria reconhecer publicamente a inconsistência dos dados oficiais. Não importava se todos sabiam que o banco de dados apresentava erros, o Ministério da Saúde era o *gestor do sistema* e descartar seus dados seria como abrir mão do próprio sistema. O mesmo era válido para os *parâmetros de cobertura assistencial*. Os parâmetros oficiais eram aqueles previstos pela Portaria 1.101. Não podiam desconsiderá-los. Se assim fizessem, colocariam em risco a própria ordem do sistema, já que passariam a escolher *parâmetros* de forma casuística, caso a caso. O que se podia fazer era criar um grupo de trabalho e dar início a um processo de revisão da 1.101 e isso, como muitas pessoas presentes sabiam, já estava sendo providenciado.

dos leitos: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=00 (Acessado em 23 de maio de 2013).

Dra. Nara também esclareceu que já haviam iniciado a revisão de todos os sistemas de informação e base de dados sob responsabilidade da SAS, inclusive do CNES. No curto prazo, os sistemas sofreriam pequenas alterações. No médio e no longo prazo, colocariam em prática outras mudanças que melhorariam consideravelmente a qualidade de suas informações. Como mencionamos, o primeiro semestre de 2011 foi um momento em que todos os dirigentes recém-empossados, de todas as Secretarias do Ministério, mostravam-se otimistas e empenhados no planejamento de inúmeras mudanças. A melhora dos sistemas de informação e a revisão da Portaria 1.101, que estabelece os *parâmetros assistenciais*, faziam parte do rol de mudanças planejadas.

Dr. Bruno mostrou-se satisfeito com a explicação sobre o método de cálculo de leitos e pediu que a *memória de cálculo* fosse doravante incluída nos slides da apresentação da *Rede Cegonha*. Brincou que, como era costume dizer, todos ali tinham um pouco de *epidemiologistas* e, que *para epidemiologistas*, não bastava mostrar os números, era preciso expor o caminho percorrido até eles. Depois das brincadeiras, e retomando a seriedade que lhe era característica, Dr. Bruno ponderou que tinha uma última observação a fazer.

A grande maioria dos municípios brasileiros era muito pequena e, segundo quaisquer *parâmetros de cobertura assistencial* que se adotasse, sequer contava com população mínima para ter um hospital ou um leito de *UTI*. Além disso, muitos deles sequer estavam *habilitados na média e alta complexidade*, requisito necessário para dispor daqueles leitos. Sendo assim, não fazia sentido basear o cálculo de leitos em uma escala municipal, principalmente para leitos de *UTI*. Mais sensato teria sido agrupar os municípios em *regiões de saúde* ou mesmo considerar os estados. O valor da *meta física* encontrado teria sido calculado com base na população efetivamente *coberta* pelos leitos em questão, a maioria deles localizado *hospitais de referência* de municípios de médio e grande porte. Do modo com foi feito, concluiu, parecia que qualquer município poderia enviar um projeto para pleitear a implantação de leitos

de UTI, de UCI e de leitos GAR. Dr. Bruno lembrou, ainda, que impedir a implantação de *leitos de UTI* ou de *GAR* em municípios pequenos não era apenas uma questão de *redução de custos* ou de *cálculo de custo-benefício*, uma vez que a qualidade de determinados serviços e, sobretudo, de determinados *equipamentos*, dependia da *escala* e da frequência com que eram utilizados. Deixou claro que, para ele, o cálculo de leitos por municípios não fazia sentido.

Em resposta, Dra. Margareth esclareceu que, em princípio, os cálculos foram feitos apenas para as nove regiões metropolitanas prioritárias, onde inicialmente teria início a *operacionalização da Rede Cegonha*. Posteriormente, na apresentação no Palácio do Planalto, a Presidenta havia questionado a escolha das *regiões prioritárias*, demandado a elaboração de uma planilha que considerasse todo o país. Ao final da reunião, os assessores da Presidenta deixaram claro que no encontro seguinte deveria ser apresentada outra planilha com os mesmos cálculos, mas considerando todos os municípios do país. Daí a construção da planilha que ora se discutia. Dra. Margareth esclareceu que chegou a comentar com assessores da Presidenta que não fazia sentido calcular os leitos por municípios, mas eles não se importaram. Era melhor cumprir com a exigência.

Muitas vezes, vi o Ministério da Saúde receber demandas da *Casa Civil*, que não faziam sentido do ponto de vista epidemiológico ou do ponto de vista dos processos e procedimentos em vigor no Ministério. No entanto, era difícil convencer *o pessoal da Casa Civil* de que os indicadores e números que pediam, na verdade, não respondiam às perguntas que formulavam. Além disso, pela proximidade que mantinham com a Presidenta, subentendia-se a existência de uma hierarquia entre a Casa Civil e o Ministério, de modo que exigências aparentemente sem sentido, na maioria das vezes, deveriam ser atendidas. Em alguns momentos, do ponto de vista de quem estava no Ministério da Saúde, sentia-se que a Casa Civil queria controlar de perto as atividades da pasta, lançando mão daquele mesmo canal de comunicação que o Ministério utilizava para fazer fluir constantemente as informações *da ponta* para Brasília: o *monitoramento dos indicadores*.

Dra. Margareth seguiu explicando que o ideal seria elaborar os cálculos de leitos tendo por referência as *regiões de saúde* intraestaduais que mais tarde seriam os territórios de referência para a implementação da Rede. No entanto, entraram em contato com a *SGEP (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa)* e verificaram que a revisão da demarcação das regiões ainda não estava concluída⁶³. De todo modo, explicou, os números apresentados eram apenas uma aproximação a partir da qual o Ministério estipularia, para os próximos quatro anos, a quantidade de novos leitos e seus custos. A estimativa era importante para a elaboração do *PPA (Plano Plurianual)* e dos orçamentos anuais. Além disso, tratava-se de uma *demandas presidencial*, pois o Palácio do Planalto queria ser capaz de estimar o custo da política e ponderar se o Governo Federal poderia arcar com o financiamento. Afinal, como a Presidenta iria lançar a política sem anunciar os investimentos que ela representaria?

Assumindo uma postura séria, Dra. Margareth explicou que a distribuição de quantidades e custos por municípios não significava que a *Rede Cegonha* seria *operacionalizada* por intermédio de pleitos individuais de cada município. O que a *Rede Cegonha* pretendia era justamente a *articulação* entre os *serviços de saúde*, o que, em muitos casos, significava *articulação e coordenação* entre os diferentes entes federativos – entre municípios, entre municípios e estados, entre municípios estados e Governo Federal. Conforme explicou, as Redes vinham justamente para

⁶³ A regionalização das políticas de saúde também estavam previstas como diretrizes do SUS. Era importante porque, como já mencionamos, muitos municípios brasileiros não têm porte (populacional e econômico) suficiente para ofertar todos os serviços de saúde de que necessita sua população – serviços da atenção básica, da média e da alta complexidade. A regionalização consistiria, assim, na articulação entre os municípios para o planejamento conjunto das suas ações e de seus sistemas de saúde, já que, juntos, teriam o volume populacional e de recursos ampliado. Como veremos no capítulo seguinte, a partir dos anos 2000, foram muitas as tentativas de regionalização do território, algumas mais bem-sucedidas que outras. Aqui, o importante é constatar que, no início de 2011, a regionalização era mais uma questão/política do Ministério da Saúde em processo de revisão.

pôr fim aos relatos de municípios que não atendiam moradores de outros municípios; vinham para não deixar existirem unidades de Atenção Básica desconectadas de *serviços de referência*; para acabar com as dificuldades de acesso à consultas da *Atenção Especializada*. Por essa razão, para pleitear os componentes da *Rede Cegonha*, diferentes municípios teriam de elaborar e aprovar juntos, de forma conjunta e colaborativa, um *Plano de Ação*. Somente seriam repassados recursos a propostas que estivessem em concordância com os *Plano de Ação Regional da Rede Cegonha*. Os planos de ação por sua vez, deveriam seguir todos os critérios previstos para a composição de uma *Rede de Atenção à Saúde*. Mais especificamente, deveriam contemplar todos os componentes previstos pela portaria da *Rede Cegonha*. Começava a ficar claro, explicou, que a construção das *Redes* envolvia um componente de *governança*, pois *era preciso colocar todos para conversar*: os gestores estaduais e municipais, os gerentes responsáveis pela administração dos estabelecimentos e serviços e, inclusive, os profissionais de saúde. Aí residia um dos maiores desafios a ser enfrentado pelo Ministério da Saúde.

A reunião corria de forma organizada, sem agitações ou conversas paralelas, até que Nuno, um dos dirigentes do *DRAC* (Departamento de Regulação, Avaliação e Controle) pediu a palavra. Ele esclareceu que identificara um problema no cálculo de leitos. O *CNES* (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) apresentava o número total de leitos existentes em cada município, mas nesse número estavam contabilizados os leitos públicos, os leitos de hospitais filantrópicos que vendiam serviços para o SUS, e o leitos particulares. No momento de extrair os dados, o sistema permitia a seleção de cada um deles, e Nuno queria saber qual era exatamente o número de leitos que estava sendo considerado. Ao receber a confirmação de que todos os cálculos consideravam apenas os *leitos SUS*, Nuno afirmou que, sendo assim, o número de leitos necessários certamente estaria superdimensionado.

Nuno seguiu explicando que, segundo dados da *ANS* (*Agencia Nacional de Saúde*), 75% da população brasileira era *SUS dependente*, os demais 25% estavam cobertos

por planos de saúde. Além disso, os números variavam regionalmente, de modo que em São Paulo a população coberta por planos de saúde era muito maior, nas regiões Norte e Nordeste muito menor. Sendo assim, prosseguiu, ao considerar o número total da população recenseada pelo IBGE, os cálculos jogavam para cima o número de leitos necessários para a garantia da *cobertura populacional dos leitos*. Era preciso recalcular tudo considerando apenas os leitos *SUS* e apenas a população *SUS dependente*. Uma parcela da população já se encontrava coberta pelos planos de saúde e provavelmente não recorreriam aos leitos *SUS*.

O comentário instalou uma grande inquietação no auditório. Participantes falavam ao mesmo tempo, discutiam com colegas próximos ou tentavam se fazer ouvir por uma plateia agitada. Os argumentos dos participantes apresentavam uma clivagem, claramente demarcada nas posições do Dr. Eduardo e do Dr. Bruno, que conseguiram vencer o barulho e se fizeram ouvidos.

Inicialmente, a fala foi concedida ao Dr. Eduardo, um dos dirigentes do *DAPES* (Departamento de Ações Programáticas Estratégicas) que discordou de Nuno. Eduardo argumentou que, na verdade, Nuno falava de *focalização*, perspectiva *neoliberal* de políticas de saúde, preocupada apenas com números, redução de gastos, *eficiência*. Uma *visão yuppie* das políticas de saúde, concluiu. Para ele, era um grande equívoco assumir que a população coberta pelos planos de saúde não utilizava o *SUS*. Ao contrário, as pessoas que possuíam plano de saúde não apenas se encontravam cobertas pelas *campanhas de imunização* (vacinação) e demais *ações de promoção da saúde* e de *prevenção de doenças*, como também acessavam espontaneamente o sistema, e com frequência: utilizavam os *serviços de urgência emergência*, acessavam os *serviços de alta complexidade*, como por exemplo os transplantes e os tratamentos de câncer; e frequentemente recorriam ao sistema público para ter acesso a medicamentos de potencialmente onerosos para o orçamento familiar.

Desse modo, Dr. Eduardo continuou, não seria possível planejar as *ações de saúde* pensando apenas na *população SUS dependente*, pois todos sabiam que a população coberta pelos planos privados utilizava, sim, o sistema. Mais importante que isso, continuou, a *Lei Orgânica da Saúde* (Lei 8.080/1990) trazia a *universalidade* do sistema como um de seus princípios fundamentais, talvez o mais fundamental de todos. Como uma pessoa que havia participado da *Reforma Sanitária*, declarou, ele sabia o quanto tiveram que lutar para fazer do SUS um sistema universal. Direcionar a política para apenas uma parte da população significava contribuir para a desvalorização crescente do *SUS*. Se tratado como tal, pouco a pouco ele se transformaria em *um sistema de saúde pobre voltado para os pobres*.

Dr. Bruno discordou do argumento. Esclareceu que ele não era contra a população coberta por planos de saúde recorrer ao SUS e deixou claro que em determinados casos, como nas *políticas de prevenção e promoção*, por exemplo, toda a população deveria ser considerada como base de cálculo e como *beneficiária* da política. No caso dos leitos, porém, acreditava que não. Ele lembrou que, paradoxalmente, dois grandes problemas do sistema de saúde do país eram a *escassez de serviços* em alguns lugares, e a *sobreposição e redundância* em outros (sobretudo lugares com alta cobertura de planos privados). A sobreposição de serviços, afirmou convicto, era um grande desperdício.

Dr. Bruno lembrou que, naquele momento, travavam uma grande batalha para que os planos de saúde ressarcissem os cofres públicos quando pessoas cobertas por planos privados fossem atendidas pelo SUS. Para ele, se vivíamos em mundo onde os recursos eram limitados, o dinheiro poupado no leito de um usuário já coberto por plano privado poderia ser investido na melhoria do sistema público, para que melhor atendesse aqueles que dele dependiam. Não era uma questão de ser *neoliberal* ou *yuppie*, concluiu, tratava-se apenas de da utilização dos recursos disponíveis da melhor forma possível. Como já mencionamos, os momentos de formulação eram permeados de debates sobre como as ações previstas pelas novas

políticas se distanciavam ou contribuíam para a realização e a *concretização* dos *princípios e diretrizes fundamentais do Sistema Único de Saúde*.

A intervenção de ambos os dirigentes foi seguida de grande agitação e muitas pessoas pediram a fala para aprovar a posição de um lado e rejeitar a de outro. Seguiram-se inúmeros comentários desordenados, até que a Dra. Margareth interviu, restabelecendo a ordem da reunião. Ela comentou que, de fato, tratava-se de uma questão extremamente polêmica, mas parabenizou Nuno por tê-la levantado. Ponderou que não se tratava de uma decisão a ser tomada naquele momento. Dirigindo-se ao *Grupo Executivo*, pediu que refizessem os cálculos considerando apenas a *população SUS dependente*. Na semana seguinte ela levaria os dois *cenários* a conhecimento do Ministro.

Mais de três horas haviam se passado desde o começo da reunião e a Dra. Margareth tomou a iniciativa de conduzir o encontro para o fim. Ela concedeu mais alguns minutos para as discussões e perguntou se alguém mais gostaria de falar.

A primeira intervenção foi de Gabriela, jovem enfermeira que trabalhava na Coordenação da Saúde da Criança. Gabriela observou que, no primeiro arquivo do *Excel* projetado sobre a parede, nem todas as ações listadas traziam indicado o financiamento correspondente. A reunião parecia caminhar para o fim, mas ainda não haviam apresentado o financiamento de inúmeras ações, nem tampouco os recursos previstos para dois componentes inteiros da Rede Cegonha – o componente do *puerpério e atenção integral à criança* e o componente dos sistemas logísticos. Gabriela queria saber se aquelas ações e componentes receberiam, em algum momento, algum tipo de recurso. Ela se ressentia sobretudo das ações voltadas para o cuidado do bebê que, aparentemente, não receberiam incentivos financeiros.

Muitos profissionais reforçaram a fala de Gabriela: queriam saber como seriam financiados os outros dois componentes da *Rede*; alguns lamentavam a ausência de

recursos para *capacitação e qualificação dos profissionais de saúde* e outros queixavam-se de haver muito repasse para infraestrutura e pouco dinheiro destinado à *transformação do modelo*. Como garantir o *parto humanizado*? Como incentivar financeiramente a *escuta*, o tratamento digno e sem violência à mulher, o direito de realizar o parto na posição que prefira? Como garantir que as gestantes seriam atendidas por *equipes multiprofissionais*? Que recursos seriam destinados para essas ações? Essas eram as dúvidas das pessoas que então se manifestaram.

Dra. Nara interveio para anunciar que havia, sim, financiamento já anunciado de ações do *componente sistemas logísticos*. Em relação aos transportes, lembrou que cada gestante receberia recursos para o deslocamento às consultas de pré-natal, bem como para o transporte no dia do parto. Havia, ainda, recursos destinados à compra de equipamentos para um número limitado de ambulâncias, que seriam equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais. De fato, porém, a portaria da *Rede Cegonha* não traria recursos específicos para a *regulação da assistência*. Reiterou que, como todos sabiam, outro *Comitê Gestor* estava discutindo a *Rede de Atenção às Urgências e Emergências* e que, naquela Comitê, toda a *regulação da assistência* seria revista. Nesse caso, portanto, o financiamento não aparecia na *Rede Cegonha* para evitar a duplicação e a sobreposição de serviços.

Em seguida, Valéria ponderou que todos os componentes da Rede Cegonha seriam de alguma forma *incentivados*, embora nem todos pudessem receber diretamente *incentivos financeiros*. Ela explicou que o Ministério da Saúde contava com um número limitado de *instrumentos e ferramentas para a realização de repasses financeiros*, e nem todas as ações previstas pela *Rede Cegonha* poderiam receber recursos por intermédio dos instrumentos existentes. Esclareceu que estavam trabalhando duro para descobrir meios e mecanismos para, desde o Ministério da Saúde em Brasília, conseguirem, de alguma forma, incentivar a mudança dos processos de trabalho e a consolidação de um *modelo de atenção* cada vez mais próximo dos padrões exigidos pela *integralidade da atenção* e pela *humanização do cuidado*. Valéria destacou que já haviam pensado em algumas medidas interessantes

nesse sentido, como por exemplo a exigência do cumprimento de metas para o aumento do repasse de custeio dos leitos. Outras exigências importantes eram: a criação dos *Fóruns Rede Cegonha* e, dentro deles, os *Comitês de Investigação de Mortalidade Materna*, bem como a vinculação do recurso de exames à realização e ao tempo de devolução dos exames.

Finalmente, Valéria lembrou que muitas *ações do pré-natal, do puerpério e da atenção saúde da criança* já tinham seu financiamento incluído nos valores do *PAB*. Não apenas havia recursos para elas, como também seriam avaliadas pelo *PMAQ-AB*. Se bem avaliadas, o montante de recursos transferidos pelo *PAB* seria ampliado, conforme aumento dos valores pagos por equipes da *atenção básica*. Valéria reiterou que era importante ter em mente que o fato de uma *ação* não possuir financiamento próprio ou exclusivo não significava que ela não seria implementada.

Como observamos no capítulo anterior, o processo de elaboração de uma política pública pode ser compreendido como uma aposta. A aposta começa quando, dentre inúmeros “problemas” que poderiam ensejar a intervenção estatal, um “problema” específico é escolhido em detrimento de outros. É a primeira seleção do processo. Em seguida, inúmeras soluções são propostas para resolver o problema e cada uma delas representa a aposta de agentes distintos. A seleção das *ações* que irão compor a política é o resultado de um processo de debate e convencimento, do qual algumas apostas saem mais bem-sucedidas que outras. Como vimos ao longo deste capítulo, a escolha do financiamento é um momento em que as apostas resultantes da escolha da *ação* são novamente escrutinizadas. Algumas ganham força e têm sua probabilidade de sucesso aumentada quando recursos são reservados a elas. Como Valéria lembrou, porém, isso não significa que as demais não serão de alguma formas incentivadas e implantadas.

5. A CONCRETUDE DA POLÍTICA

Finalizadas as apresentação e as discussões, a reunião caminhava para sua fase final, o momento dos *encaminhamentos*. Dra. Margareth lembrou que, se a *agenda* não fosse alterada, a *Rede Cegonha* seria lançada pela Presidenta na segunda-feira seguinte, no dia 28 de março. Como era impensável lançar a política sem antes passar pela análise e aprovação do *CONASS* e do *CONASEMS*, lembrou também que a *Rede Cegonha* iria para *pactuação* no plenário da *CIT* no dia seguinte. Para isso, pediu que o *Grupo Executivo* revisasse toda a *apresentação*. Reiterou que a política seria pactuada na *CIT* e em seguida lançada sem a definição dos detalhes de sua *operacionalização*. Por isso, posteriormente, seria preciso finalizar as definições da *operacionalização* rapidamente, para *repectuá-la* na *CIT* e finalmente publicar a portaria.

Alguém interrompeu Dra. Margareth para sugerir que *CONASS* e *CONASEMS* não *pactuariam* uma política sem conhecer a forma como seria *operacionalizada*, mas Dra. Margareth respondeu que a *CIT* estava ciente da importância da pactuação da política. Já estavam na última semana do *mês da mulher* e ninguém queria deixar de ver a *Rede Cegonha* como uma das conquistas dos cem primeiros dias de governo da Presidenta Dilma. O lançamento significava apenas o compromisso de levar a política adiante, não era um contrato. De todo modo, continuou, era mais que urgente finalizar a elaboração da *Rede Cegonha* e publicar a portaria. Para a plenária da *CIT* do dia seguinte, pediu que o *Grupo Executivo da Rede Cegonha* tentasse ao menos listar em tópicos as fases da *operacionalização* da *Rede*. Lembrou, ainda, que era preciso pensar os *indicadores de monitoramento*, ponto que seria cobrado pela Presidenta.

A última pessoa a falar antes do encerramento da reunião foi Luiza, assessora do Gabinete do Ministro. Ela queria parabenizar o *Grupo Executivo da Rede Cegonha* e todas as pessoas que contribuiriam para a formulação da política. Ela elogiou o processo de elaboração e enfatizou que, agora sim, a *Rede Cegonha* começava a

assumir uma forma mais concreta, pois estavam definidas as *ações* e grande parte das *metas físicas e financeiras*. Era possível ver o que seriam de fato as *ofertas* do Ministério da Saúde e logo em breve poderiam anunciá-las.

A fala de Luiza é interessante porque ilustra muito bem um paradoxo vivido por todos aqueles que participaram do processo de formulação da *Rede Cegonha*. Do ponto de vista do Ministério da Saúde, a política se tornava mais *concreta* na mesma medida em que se tornava mais abstrata, quando considerada do ponto de vista *da realidade da ponta* e dos *usuários* do SUS. No momento anterior, quando a Rede Cegonha era apenas *diretrizes* e descrições do *fluxo da gestante* pela *linha de cuidado materno-infantil*, isto é, ao longo da própria Rede, a política parecia abstrata e pouco formulada do ponto de vista do Ministério da Saúde. Da descrição da circulação da gestante ao longo da *linha de cuidado materno-infantil* não se podia depreender quais seriam as *ações* do Ministério para tornar a *Rede Cegonha* uma realidade. Por outro lado, final da reunião descrita neste capítulo, e conforme constatado por Luiza, a *Rede Cegonha* parecia, do ponto de vista do Ministério da Saúde, já bastante concreta. A definição das *ações* e de *suas metas físicas* (e mais tarde do modo como seria operacionalizada, como veremos no capítulo seguinte) significava que já se sabia o que deveria ser feito na perspectiva do Ministério: já se sabia para quais finalidades específicas (quais *ações*) recursos e pessoas deveriam ser mobilizados.

Dentro dos limites de atuação do Ministério da Saúde, não era possível mobilizar pessoas e recursos para *mudar o modelo de atenção*, ou para garantir a *integralidade da atenção*. O Ministério da Saúde não tem meios para isso. Ao contrário, os *instrumentos de ação* de que dispõe permitem-lhe apenas incentivar (sobretudo financeiramente) ações pontuais (aumento do número de leitos, pagamento dos exames). Ações que, em conjunto, espera-se, levarão à realização dos objetivos da política. Na perspectiva do Ministério da Saúde, a política se torna mais *concreta* quando pode ser transformada em *instrumentos* e em *mecanismos* (já previstos) de gestão.

Desse modo, temos, de um lado, o resultado idealizado da Rede Cegonha, tal com deve ser ofertada à gestante, com descreve o fluxo de circulação da gestante pela *linha de cuidado materno-infantil*. De outro lado, temos as ações que serão incentivadas pelo Ministério da Saúde, além da definição de suas *metas físicas e financeiras*. Tal como a política é pensada e concebida no interior do Ministério da Saúde, supõe-se que a implementação das ações da *Rede Cegonha* levará à *concretização na ponta* do fluxo idealizado das gestantes. Não obstante, é fato que, entre um e outro – fluxo da usuária e ações incentivadas pelo Ministério – existe um grande hiato. Esse hiato se faz presente de inúmeras maneiras, mas duas delas se destacam nesta tese: a dificuldade de o Ministério acessar a *realidade da ponta*, como descrito neste capítulo; e a dificuldade de o Ministério intervir e produzir efeitos sobre *a ponta*, com veremos no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 4 – A OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE CEGONHA

Neste capítulo descreveremos a reunião em que foi apresentada e discutida a última parte do processo de formulação da *Rede Cegonha*: a forma como se daria a implementação da política. Nos capítulos anteriores, acompanhamos diferentes momentos do processo de formulação de uma política pública. No primeiro capítulo, vimos como, a partir de um problema identificado, soluções foram selecionadas e *diretrizes* e *objetivos* foram definidos. Tais como os *princípios* e *diretrizes* do SUS inscritos na Constituição Federal e na *Lei Orgânica da Saúde*, que para de fato promoverem mudanças precisam se transformar em políticas de saúde criadas e implementadas pelo Ministério da Saúde, também as *diretrizes* e *objetivos* da *Rede Cegonha* precisavam ser transformar em *ações*, isto é, em enunciados que orientassem o agir.

Este foi o tema da reunião descrita no segundo capítulo desta tese, quando foram apresentadas as *ações* propostas pelo Ministério para tornar a *Rede Cegonha* uma realidade. Além das *ações*, a segunda reunião também descreveu aquilo que se esperava como resultado da implementação das *ações*, isto é, a *Rede Cegonha* tal como idealmente deveria funcionar *na ponta*, do ponto de vista da gestante usuária do sistema, como vimos com a descrição da *linha de cuidado materno-infantil*. Vimos também que entre a descrição do fluxo da gestante (concebido como funcionamento ideal da *Rede Cegonha*) e a lista de *ações* enumeradas como proposta do Ministério há um enorme hiato. Em grande medida, superar esse hiato significa fazer com que a lista de *ações* se transforme na *linha de cuidado materno-infantil* tal como idealmente descrita. Mas como fazê-lo?

Para superar o hiato, o Ministério da Saúde depara-se com dois desafios fundamentais. O primeiro deles, é o de conseguir acessar e conhecer a realidade *da*

ponta, como vimos no capítulo anterior. O segundo, é o de ser capaz de intervir nessa realidade com os instrumentos de que dispõe. Este último desafio será o tema do capítulo que se inicia.

1. A APRESENTAÇÃO VOLTA DO PALÁCIO DO PLANALTO E DA CIT

Era uma das reuniões mais esperadas da Rede Cegonha, e naquele dia o auditório do Edifício Premium estava lotado. Era a primeira reunião do *Comitê Gestor* após três eventos importantes: o lançamento da política, a segunda reunião com a Presidenta e a discussão da *Rede Cegonha* na *CIT*. Os resultados de cada um desses encontros já haviam se espalhado de boca em boca, difundindo-se pelos corredores, pelas coordenações e pelos Gabinetes dos departamentos da *SAS*. Ainda assim, uma nuvem de ansiedade pairava sobre o ambiente, e muitas pessoas, as mais próximas, se agrupavam em volta da Dra. Margareth para ouvir as novidades diretamente de quem havia participado de todos os três eventos.

Dra. Margareth certificou-se da presença de todos os profissionais e dirigentes que compunham o *Grupo Executivo da Rede Cegonha*, conduziu as apresentações e os agradecimentos iniciais e deu início à reunião. O segundo encontro com a Presidenta foi o tema do primeiro *informe*. Dra. Margareth relatou que, dessa vez, o encontro fluíra muito melhor, pois o seu desenrolar já lhe parecia mais previsível. Como recomendado pelo *peçoal da Casa Civil*, haviam reduzido *a apresentação* a poucos slides, de modo que puderam de fato expor tudo o que estava previsto. A conversa girara em torno das *demandas* que a própria Presidenta fizera no último encontro. Desse modo, *a apresentação* contemplara dois temas: as projeções quantitativas, metas financeiras discriminadas para cada município; e a descrição do processo de implementação/operacionalização da política, o mesmo que seria apresentado na reunião daquele dia.

Dra. Margareth relatou que a reunião transcorreria sem surpresas e as principais intervenções da Presidenta foram dúvidas sobre os métodos utilizados para definir as *metas físicas e financeiras*. Além disso, a Presidenta reiterara a importância do acompanhamento dos indicadores selecionados para monitorar a implementação da *Rede Cegonha*, e deixara claro que gostaria que a Casa Civil acompanhasse de perto os números da política. Para isso, estavam criando, na Casa Civil, um sistema de informação que deveria estar diretamente conectado aos sistemas do Ministério da Saúde, de modo que as informações sobre a *Rede Cegonha* fluíssem mensal e automaticamente do Ministério ao Palácio do Planalto. Ao que tudo indica, a dificuldade para acessar *a ponta* não era um problema apenas do Ministério da Saúde, mas de todo o governo federal.

Dra. Margareth afirmou que, apesar da *nova demanda*, isto é, a exigência do monitoramento, a Rede Cegonha havia sido aprovada e bem acolhida. Tudo indicava que a Presidenta havia ficado animada, pois, ao final da reunião e em tom imperativo, exigira que até o final de 2014 o componente do pré-natal fosse implantado em todos os municípios do país.

Após descrever a reunião com a Presidenta, a Dra. Margareth passou então aos relatos do lançamento da política, que havia acontecido no dia 28 de março em Belo Horizonte. Contou que todos estavam presentes – a Presidenta, o Ministro e o Secretário de Atenção à Saúde – e que o lançamento tinha sido um sucesso. Explicou que, para o evento, haviam somado todos os *custos de investimento* e de *custeio* da Rede, de modo que a Presidenta pudesse anunciar que o Governo Federal investiria R\$ 9,397 bilhões na *Rede Cegonha* ao longo dos anos 2011, 2012, 2013 e 2014⁶⁴. A

⁶⁴ Fotos oficiais do lançamento da Rede Cegonha em Belo Horizonte podem ser encontradas aqui: <http://www2.planalto.gov.br/multimidia/galeria-de-fotos/cerimonia-de-lancamento-do-programa-rede-cegonha>. Notícia publicada pelo Ministério da Saúde sobre lançamento da Rede Cegonha pode ser acessada aqui: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12362 (Acessados em 03 de abril de 2013).

julgar pelo lançamento, continuou animada, a adesão seria enorme, e a *Rede Cegonha* um sucesso.

Dra. Margareth provocou muitas risadas ao relatar que, por equívoco da equipe de comunicação, o número de seu celular havia sido divulgado como telefone de contato para os gestores que desejassem esclarecer dúvidas sobre a *Rede Cegonha*. No dia seguinte ao lançamento, recebera centenas de telefonemas de municípios que pretendiam aderir à *Rede*. Em tom de brincadeira, explicou que provavelmente teria de mudar de número, pois não poderia continuar atendendo pessoalmente as demandas de todos os municípios. Seguiu brincando e fazendo contas, afirmando que até e 2014 teria de receber no mínimo 5.564 ligações naquele telefone. Considerando que o processo de *adesão e implementação* costumava demandar muito mais que uma única ligação, concluiu que provavelmente passaria todo o resto do governo pendurada ao telefone.

Em seguida, quando já iam se acalmando as risadas e comentários de otimismo dos participantes da reunião, a Dra. Margareth assumiu uma postura séria. Ela afirmou que aquele certamente era um momento para celebrar: a Rede Cegonha já havia sido aprovada e lançada pela Presidenta da República e agora sua formulação caminhava para o fim. Muito em breve, a política já poderia *ir para a rua*. Por esse mesmo motivo, continuou, não era apenas um momento de celebração, mas também de muito trabalho. Reiterou que o lançamento da política significava uma conquista verdadeira, um passo importante para tornar a *Rede Cegonha* uma realidade. Por outro lado, representava ainda apenas um dos primeiros passos para a concretização da política. Dali em diante precisariam trabalhar duro para concluir a fase de formulação e publicar a portaria. Publicada a portaria, dariam início a uma fase ainda mais desafiadora, momento quando todos os esforços deveriam ser mobilizados para *tirar a política do papel* e transformá-la em *serviços e ações de saúde* efetivamente entregues à população.

Dra. Margareth reiterou que, naquela reunião, apresentariam o plano de implementação da Rede Cegonha, isto é, o passo-a-passo a ser cumprido para que a *Rede Cegonha* se tornasse realidade. Ela lembrou que, como a política já havia sido lançada, era muito importante que a portaria não demorasse a ser publicada. Por isso, pediu que as discussões e debates sobre a implementação não se prolongassem por semanas. Era importante *consolidar a apresentação* final e enviá-la para a reunião seguinte da *CIT*. Além disso, pediu que o *Grupo Executivo* começasse a trabalhar na escrita da portaria, pois sabia tratar-se de um trabalho que levaria algum tempo. A política estava lançada, concluiu, mas somente depois da *pactuação na CIT* e da *publicação da portaria* poderiam efetivamente *colocar a Rede Cegonha na rua*.

Finalmente, o *informe* mais esperado dizia respeito à primeira apresentação da *Rede Cegonha* na *CIT*. Já se deduzira que a política havia sido *pactuada*, pois sem isso a Rede Cegonha sequer teria sido lançada. Ainda assim, os participantes da reunião queriam saber como a política foi recebida pela *Comissão*, que aspectos haviam sido elogiados e que pontos haviam sido criticados⁶⁵. Era sabido que o sucesso da implementação da política começava com a aprovação na *CIT* e com a disposições dos gestores estaduais e municipais para implementá-la.

Dra. Margareth relatou que, na *CIT*, a apresentação da Rede Cegonha havia transcorrido sem conflitos e com muita tranquilidade, pois a maioria das questões levantadas já havia sido previstas. Ela afirmou que, ao final da apresentação, os representantes do *CONASS* e *CONASEMS* pareciam satisfeitos com a política e não hesitaram em assumir o compromisso de promovê-la e de levá-la adiante. Segundo contou, as discussões da *CIT* giraram em torno de dois temas: o papel da *atenção básica* e o financiamento da *Rede*.

⁶⁵ O material discutido ao longo da reunião, bem como sua pauta e sua ata podem ser encontrados aqui: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1843

Dra. Margareth relatou que muitos representantes do *CONASS* e do *CONASEMS* pediram a fala para elogiar o destaque que a *Rede Cegonha* conferia à *atenção básica* e a seus profissionais. Elogiaram sobretudo a concepção da política, que identificava a *atenção básica* como a principal *porta de entrada* e de *acesso* ao sistema, e reconhecia seu papel como *ordenadora* e *coordenadora* da Rede. No entanto, contou que todos os elogios foram seguidos pela mesma ressalva: um bom atendimento no *pré-natal* e no *puerpério*, tal como previsto pela *Rede Cegonha*, supunha uma *Atenção Básica* estruturada e *qualificada*. Afirmaram que identificavam no país a existência de exemplos de excelência na *atenção básica*, mas, infelizmente, esses casos ainda eram a exceção. Na grande maioria dos municípios, os serviços da atenção básica ainda apresentavam inúmeras carências. Por essa razão, os representantes do *CONASS* e do *CONASEMS* argumentavam que investir na *atenção básica* era imprescindível para fazer a política dar certo e – problema – a *Rede Cegonha* parecia não prever orçamento para isso. Eles argumentaram que, sim, compreendiam que o financiamento dos *componentes do pré-natal* e do *puerpério* estavam previstos nos recursos já repassados pelo *PAB*, mas julgavam o montante ainda insuficiente. Para eles, era preciso *incrementar* o financiamento da *Atenção Básica*.

Dra. Margareth relatou que, felizmente, profissionais do *Departamento da Atenção Básica* também estavam presentes na reunião e foram eles que dialogaram com os representantes do *CONASS* e do *CONASEMS*. Eles concordaram que, de fato, grande parte dos recursos mobilizados para a implementação dos componentes da Rede Cegonha operacionalizados pelas equipes da *Atenção Básica* seriam repassados por intermédio do *PAB*, que afinal era o instrumento de transferência de recursos a serem gastos com a *Atenção Básica*. Isso não significava, porém, que o orçamento e o montante total de recursos repassados não seriam revistos. Relataram que também estava em curso um processo de reformulação da *Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)* do Ministério da Saúde. Em breve, a proposta seria levada para pactuação na plenária da CIT, mas adiantaram alguns pontos fundamentais: publicariam uma portaria com uma versão revisada da *PNAB*; previam um programa

específico para fixar profissionais da atenção básica (principalmente médicos) em *áreas remotas ou distantes*; lançariam o *Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde*, que disponibilizaria recursos de investimento para ampliação, reforma e construção de Unidades Básicas de Saúde; lançariam o *Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica* (PMAQ-AB), que avaliaria quase todas as equipes da atenção básica do país, aumentando o valor do repasse mensal para as equipes bem avaliadas.

Conforme explicaram, estava em curso no *DAB* (Departamento de Atenção Básica), a formulação e a definição de medidas e ações que visavam melhorar a infraestrutura, a disponibilidade de recursos e de pessoal, bem como a qualidade e a *resolutividade* dos serviços prestados pela atenção básica. Nesse processo, o *DAB* encontrava-se em diálogo constante com outros departamentos do Ministério, sobretudo com o *DAPES*, para que ações e serviços incentivados por esses departamentos fossem contemplados no planejamento do *DAB*. No caso da Rede Cegonha, por exemplo, os indicadores de atenção à gestante, à puérpera e ao bebê já haviam sido incluídos como indicadores a serem avaliados pelo *PMAQ-AB*. Os profissionais da *Atenção Básica* explicaram que constantemente se reuniam com os profissionais da *Coordenação da Saúde da Mulher* para definir os *indicadores de atenção à saúde materno-infantil* que deveriam ser incluídos no *PMAQ*, isto é, aqueles *indicadores* que, bem avaliados, contribuiriam para fazer aumentar o valor que o governo federal transferiria para os municípios⁶⁶.

⁶⁶ Os indicadores utilizados pelo PMAQ para avaliar as equipes da atenção básica encontram-se consolidados no Manual Instrutivo do Programa Nacional da Melhoria e do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica publicado pelo Ministério da Saúde. O Manual Instrutivo do PMAQ pode ser acessado em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf. O anexo do Manual Instrutivo, que traz detalhado cada indicador, sua fonte e método de cálculo pode ser acessado em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site_anexo.pdf. (Acessados em 31 de maio de 2013).

Animada, Dra. Margareth contou que a intervenção dos profissionais da Atenção Básica havia sido tão convincente que foi prontamente acolhida pelos representantes do *CONASS* e do *CONASEMS*. Em seguida, a Dra. Margareth passou a relatar o segundo ponto que havia motivado debates e discussões: o financiamento dos leitos. Na apresentação exposta, a planilha de financiamento trazia o valor total do custo da diária dos leitos e, em seguida, especificava que o Ministério arcaria com 80% do valor, ficando os demais 20% sob responsabilidade dos estados ou dos municípios. Dra. Margareth contou que, inicialmente, representantes do *CONASS* e do *CONASEMS* pressionaram para que o Ministério arcasse com 100% do custo das diárias dos leitos, mas logo perceberam que a proposta não seria aceita. Nesse momento, contou, os *peçoal do Ministério* fez lembrar aos representantes do *CONASS* e do *CONASEMS* que, tal como previsto pela *Lei Orgânica da Saúde*, as responsabilidades pelo financiamento do *SUS* deveriam ser compartilhadas pelas três esferas de governo. Era importante que estados e municípios também apresentassem seu aporte financeiro. Frente a esse argumento, representantes do *CONASS* e do *CONASEMS* concordaram com a divisão – 80% pago pelo governo federal e 20% pelo governo dos estados ou dos municípios –, mas pediram que o valor total do custo da diária de UTI fosse retirado da *apresentação* e, posteriormente, que não aparecesse no texto da portaria. Sobre isso, estabeleceu-se o consenso.

Dra. Margareth relatou que um compromisso de apoio à Rede Cegonha foi assinado ao final do encontro, mas os representantes do *CONASS* e do *CONASEMS* deixaram claro que somente concordavam em lançar a política antes da pactuação final porque reconheciam tratar-se de uma oportunidade política importante. Além disso, sentiram-se seguros porque o governo federal se comprometia a financiar uma parte significativa da política e reiteraram inúmeras vezes que era inviável pactuar políticas sem ter a garantia do financiamento. Não obstante, deixaram claro tratar-se de uma pactuação provisória e afirmaram que a pactuação final só aconteceria quando lhes fosse apresentada a estratégia final de implementação e operacionalização da Rede Cegonha. Apesar das ressalvas, a Dra. Margareth relatou

que representantes do *CONASS* e *CONASEMS* elogiaram a disposição do governo federal para debater e discutir cada uma das políticas a serem lançadas. Em momentos anteriores, reclamaram, algumas propostas haviam lhes sido *enfiadas goela abaixo*⁶⁷.

Como vimos no segundo capítulo desta tese, a *Comissão Intergestores Tripartite (CIT)* era um dos espaços pelos quais o arquivo da *apresentação* deveria circular no momento da formulação da política. A *CIT* é um fórum interfederativo para discussão e pactuação das políticas públicas do Ministério da Saúde. Sua plenária é formada por representação paritária de membros do Ministério da Saúde, representantes do *CONASS* (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e representantes do *CONASEMS* (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde).

A pactuação na *CIT* da Rede Cegonha e de qualquer política publicada pelo Ministério era fundamental para o sucesso de sua implementação. Para esclarecer o porquê dessa constatação, faremos uma digressão sobre o processo de implementação de um dos cinco princípios essenciais do Sistema Único de Saúde: o princípio da *descentralização*. Como veremos, ao tomar conhecimento das vicissitudes desse processo, passaremos a compreender melhor a importância e o papel da *CIT*.

2. A DESCENTRALIZAÇÃO COMO PRINCÍPIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

⁶⁷ Para relatar a reunião da Comissão Intergestores Tripartite não me restringi às anotações que mantinha no meu caderno de reuniões. Como todas as atas das reuniões da Comissão são disponibilizadas online, consultei-as para ajudar-me a selecionar e a detalhar anotações do caderno. As atas da primeira apresentação da Rede Cegonha na *CIT*, realizada no dia 24 de marco de 2011, estão disponíveis em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=36584. (Acessado em 09 de abril de 2013)

A *descentralização* é uma das cinco diretrizes fundamentais do *SUS*. Inscrita na Constituição Federal de 1988 e na *Lei Orgânica da Saúde*, aparece ao lado de outra diretriz, a *regionalização*. Como princípios e diretrizes, a *descentralização* e a *regionalização* remetem a uma forma de organização e de distribuição de autoridade, competências e responsabilidades entre os três diferentes níveis da federação – o Governo Federal, os estados e os municípios. No contexto em que emerge e que se consolida como *princípio* do *SUS*, isto é, no momento do *movimento sanitário* e da luta pela redemocratização do país, o princípio da *descentralização* se contrapõe não apenas ao estado autoritário da ditadura, mas também à centralização, no governo federal, da autoridade e da prerrogativa de tomada de decisão sobre a organização do setor e das políticas de saúde do país.

Ao restabelecer o caráter democrático e federativo do Estado, a Constituição de 1988 previa a repartição dos poderes entre os três níveis da Federação. Governo Federal, estados e municípios foram reconhecidos como entes autônomos, dotados do direito de administrar e de legislar sobre seus territórios. Na mesma linha da Constituição Federal de 1988, a *Lei Orgânica da Saúde* também estabeleceu a *descentralização* e a *regionalização* como diretrizes norteadoras do processo de organização político-territorial do Sistema Único de Saúde (Lima, 2012a, p.1904). Em conformidade com o princípio da *descentralização*, o Sistema Único de Saúde deveria redefinir as responsabilidades entre os três entes federativos, transferindo poderes de decisão, de gestão e de financiamento da esfera federal para os estados e os municípios (Lima, 2012a, p.1904).

A organização do sistema de saúde que vigorou durante a maior parte do regime militar era centralizada no governo federal, que ficava responsável por planejar, regular, gerir e financiar os programas e ações de saúde por intermédio do INAMPS⁶⁸. Até meados dos anos 1980, quando começaram a ser postas em prática

⁶⁸ Existiam alguns serviços de saúde sob responsabilidade dos municípios, sobretudo serviços da atenção básica (os postos de saúde) e ações voltadas para a promoção e

experiências de descentralização, a *operacionalização* do sistema consistia principalmente na transferência direta de recursos do governo federal para as instituições *prestadoras de serviços de saúde*. Trabalhadores e familiares vinculados ao regime oficial da Previdência acessavam o estabelecimento de saúde e, posteriormente, o INAMPS reembolsava o prestador pelo atendimento.

O Ministério da Previdência – pasta à qual o INAMPS se vinculava – concentrava a autoridade de definir os parâmetros do sistema e de regulá-lo; concentrava a responsabilidade de geri-lo e de financiá-lo, estabelecendo relação de pagamento direta com estabelecimentos responsáveis pela prestação dos serviços. Não havia competências e responsabilidades compartilhadas com estados e municípios. Nesse sentido, a descentralização proposta pelo Sistema Único de Saúde visava exatamente superar a centralização do sistema de saúde no governo federal e, mais especificamente, no órgão do INAMPS. Tratava-se de uma descentralização política, administrativa e financeira, envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, de poder e de recursos da esfera federal para os níveis estadual e federal (Levcovitz et. al., 2001, p.270).

No âmbito da *descentralização*, a *Lei Orgânica da Saúde* também define a *regionalização* como uma das *diretrizes* do sistema. A *regionalização* é uma implicação da ideia segundo a qual o território demarcado pelos limites político-administrativos do Estado, isto é, os territórios dos municípios e dos estados, nem sempre coincidem com o “território ideal” (tanto em extensão quanto em volume populacional) para a organização da oferta dos *serviços de saúde*. Como vimos no capítulo anterior, existem *parâmetros assistenciais* e *parâmetros de cobertura* para estabelecimentos, equipamentos e serviços de saúde. Esses *parâmetros*, muitas vezes, não coincidem com a demarcação político-administrativa dos entes federativos. A *diretriz* da regionalização visa justamente superar esse problema.

prevenção à saúde. Na grande maioria dos casos, porém, o atendimento ambulatorial e hospitalar era comprado pelo INAMPS.

Desse modo, a *regionalização* diz respeito à ordenação do sistema de saúde em um território específico, para o qual a oferta de *serviços e ações de saúde* deve ser planejada, gerida, regulada e financiada. Idealmente, a definição do espaço/território para a *regionalização* depende de fatores como o tamanho do território, a malha de transportes, o tamanho da população, a concentração dos *serviços de referência*, a capacidade instalada para ofertar ações de saúde etc.

Desse modo, a *regionalização* é a contrapartida da *descentralização*, pois, se por um lado competências e responsabilidades devem ser repassados a *estados e municípios*, por outro, é preciso lidar com o fato de que, muitas vezes, a demarcação oficial dos territórios subnacionais não corresponde ao espaço ideal para fazer convergir a oferta e a demanda dos serviços de saúde: ora os municípios são demasiado grandes para conformarem uma única região de saúde; ora são demasiado pequenos, sendo necessário se associarem uns aos outros. É porque a *regionalização* implica negociação e articulação entre diferentes esferas administrativas – municipais, estaduais e federal – que deve ser compreendida como um processo eminentemente político (Lima, 2012a, p.1904)

Tal como acontece com os demais *princípios e diretrizes* inscritos na *Lei Orgânica* do Sistema Único de Saúde, a *descentralização* e a *regionalização* também devem ser implementadas. Como *diretrizes*, devem ser transformadas em normas e ações que atuem sobre a realidade, transformando-a. O processo de *descentralização* do sistema de saúde teve início logo após a publicação da Lei Orgânica da Saúde e se estende até os dias de hoje. Ele tem sido efetuado pela publicação de uma série de portarias, por intermédio das quais o Ministério da Saúde define critérios e mecanismos para repassar responsabilidades e recursos a estados e municípios.

Não obstante, é importante notar que a *descentralização* é um processo delicado, envolvendo a adequação da capacidade de gestão e a negociação política entre entes subnacionais e o governo federal. Por essa razão, ao longo dos últimos 25 anos, é

possível dizer que o a *descentralização* do Sistema Único de Saúde vem se consolidando paulatinamente, como resultado de um esforço de aprendizado, no qual a publicação de sucessivas portarias expressam a incorporação progressiva de debates e de negociações entre governo federal, estados, municípios e o Conselho Nacional de Saúde. Ao longo do tempo, o processo vem permitindo a negociação e a acomodação das tensões interfederativas que envolvem a *descentralização* e a *regionalização* do SUS (Lima, 2012a, p.1904).

O processo de *descentralização* do SUS pode ser dividido em duas fases. Na primeira, que vigorou ao longo de toda a década de 1990, prevaleceram os debates e a edição de normas/portarias que objetivavam transferir competências e responsabilidades federais para os entes subnacionais, especialmente para os municípios. Em grande medida, essa fase do processo de *descentralização* reflete a força do movimento municipalista na *reforma sanitária* e nos primeiros anos da década de 1990, de modo que a regulamentação do processo acabou privilegiando o papel dos municípios.

Em um segundo momento, ao lado da *descentralização*, a *regionalização* torna-se também objeto de debate. Ao final da década de 1990, o sistema de saúde havia passado de um sistema extremamente centralizado para um cenário em que milhares de gestores municipais detinham competências e responsabilidades políticas, administrativas e financeiras no setor saúde. Não obstante, a ênfase que o período anterior havia depositado sobre os municípios acabara levando à conformação de sistemas de saúde municipais isolados. Percebeu-se, a partir daí, que descentralizar competências e recursos não era suficiente; também era preciso incentivar o diálogo e a coordenação entre os entes federados. Se no começo da década de 1990 tratava-se de tirar do governo federal a concentração de autoridade e poder sobre a gestão e o financiamento da saúde; depois, a partir dos primeiros anos da década seguinte, tratava-se de incentivar a negociação, a articulação e a cooperação entre as três esferas de governo, a fim evitar as sobreposições e

garantir o caráter sistêmico dos serviços, sua *hierarquização* e, em última instância, a *integralidade da atenção*. (Lima, 2012a, p.1904; Levcovitz et. al., 2001, p.270).

Ao todo, sete portarias foram publicadas ao longo dessas duas fases: quatro na primeira e três na segunda. Aproximarmos de seus conteúdos será importante para compreender as discussões e debates da reunião em que foi apresentada a última fase do processo de elaboração da *Rede Cegonha*, a definição da forma como a política deveria ser implementada. Mais que isso, conhecer as vicissitudes que marcaram o processo de descentralização ajuda-nos a compreender os desafios que envolvem a implementação/operacionalização não apenas da *Rede Cegonha*, mas da grande maioria das políticas de saúde concebidas e incentivadas pelo Ministério da Saúde.

Como observa Paim (2008, p.547), um sistema de saúde é composto por alguns elementos fundamentais: *estrutura física, modelo de atenção, uma forma de organização, gestão e financiamento*. A *estrutura física* diz respeito aos estabelecimentos que efetivamente ofertam serviços de saúde, lugares para os quais as pessoas se dirigem quando precisam de atendimento – os *pontos de atenção* das *Redes de Atenção à Saúde*. Dizem respeito também à capacidade de oferta dos serviços de saúde, referindo-se às instalações físicas, aos equipamentos, à oferta de leitos e à tecnologia incorporada pelos estabelecimentos. Assim, a *estrutura física* corresponde aos *pontos de atenção das Redes*, isto é, aos *prestadores de serviços de saúde*, que podem ser públicos ou privados (filantrópicos ou com fins lucrativos).

O *modelo de atenção* ou *modelo assistencial*, como visto no primeiro capítulo, supõe uma concepção específica sobre o que é a saúde e sobre a forma como deve ser promovida e mantida. Essa concepção influencia as práticas dos profissionais de saúde, a forma como interagem entre si e com os usuários do sistema. Como já vimos, a despeito de outras concepções já há muito enraizadas, o SUS procura adotar uma concepção abrangente da noção de saúde, compreendida não apenas como a ausência da doença, mas como a presença do bem-estar do *sujeito em todas*

as suas dimensões, biológica, psicológica e social. Essa concepção de saúde fundamenta as três estratégias norteadoras do modelo assistencial defendido pelo Sistema Único: a importância atribuída à *promoção* e à *prevenção*; a *humanização* como orientação fundamental da relação entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema; e, no plano da organização do sistema, a *atenção básica* como principal porta de entrada e como nível de atenção responsável por vincular o usuário ao sistema e por coordenar sua circulação pelos serviços e pelos vários níveis de complexidade.

A *organização do sistema* diz respeito ao modo como estabelecimentos, equipamentos, profissionais e outros recursos se estruturam de forma a ofertar serviços e ações de saúde. Ela remete à distribuição dos estabelecimentos de saúde pelo espaço/território, à distribuição de equipamentos, profissionais e ações pelos estabelecimentos, bem como à articulação entre os diferentes estabelecimentos e serviços com o objetivo de garantir aos usuários que recebam todas as *ações de atenção à saúde* de que necessita. Nesse sentido, conforme previsto pela Constituição Federal, pela *Lei Orgânica* e por outras normas que regulamentam o SUS, o Sistema deve ser organizado de forma *hierarquizada* – ou seja, serviços e ações distribuídos entre os níveis da *atenção básica*, da *média* e da *alta complexidade* – e também de forma regionalizada – isto é, cada região deve ser capaz de atender seus usuários nos três níveis de complexidade da hierarquia.

Finalmente, a *gestão* e o *financiamento* do sistema remetem à autoridade para planejar as *ações* e *serviços de saúde*, bem como ao poder legal e financeiro para implementá-las. Envolve a competência para orientar e supervisionar os *prestadores públicos* e a responsabilidade por *regular* os prestadores privados. A *gestão* e o *financiamento* são exercidas por uma série de mecanismos e instrumentos, por intermédio dos quais gestores procuram não apenas garantir que a *estrutura física* ofereça serviços de saúde, mas que o faça de acordo com um *modelo de atenção* e uma *organização* previamente definidos.

Desse modo, a estrutura física de um determinado sistema de saúde deve ser organizada, gerida e financiada. Além disso, o *modelo de atenção* que se pretende imprimir ao sistema deve ser incentivado. São a essas competências e responsabilidades que nos referimos quando falamos de *descentralização* do sistema de saúde.

No modelo que prevaleceu durante quase toda a ditadura militar, o governo federal organizava, geria e financiava o sistema. O INAMPS contava com uma *estrutura física pública* reduzida, e uma parte significativa da *cobertura* que oferecia era comprada de *prestadores privados*. Desse modo, no começo da década de 1990, *descentralizar* o sistema de saúde significava, em primeiro lugar, repassar a *estrutura física pública* sob responsabilidade do governo federal para estados e municípios onde se encontrava situada. Além disso, era preciso investir na construção de estabelecimentos de saúde públicos municipais e estaduais, ainda muito incipientes. Finalmente, *descentralizar* significava colocar sob responsabilidade dos estados e municípios a gestão da *estrutura física* localizada em seus territórios, concedendo-lhes autonomia suficiente para organizar, gerir e financiar seus sistemas de saúde.

Descentralizar a organização, a gestão e o financiamento dos serviços de saúde para os estados e municípios foi o objetivo das quatro primeiras *Normas Operacionais Básicas* (NOBs) publicadas ao longo da década de 1990, que definiram as estratégias do processo de descentralização das políticas de saúde. Como veremos nesta seção, o processo teve como resultado não apenas a *descentralização* de grande parte das responsabilidades pela gestão e pela prestação dos serviços de saúde, mas também dois legados fundamentais: (a) em primeiro lugar, a institucionalização de espaços intergovernamentais de negociação entre as esferas federal, estadual e municipal – a *CIT* e as *CIBs*; (b) em segundo lugar, a consolidação de um *mecanismo/instrumento* por meio do qual o governo federal foi (e tem sido) capaz de *descentralizar* a gestão e o financiamento do sistema sem, contudo, deixar de influenciar e incentivar os rumos das políticas de saúde.

A primeira Norma Operacional Básica publicada pelo Ministério em 1991 - NOB SUS 01/91 – pode ser considerada como um ensaio para as normas posteriores. Focava o aspecto financeiro da *descentralização* e tratava quase exclusivamente de estabelecer mecanismos e instrumentos de transferência de recursos financeiros que correspondessem aos critérios estabelecidos em lei. O artigo 35º da Lei Orgânica da Saúde determinava que 50% dos recursos federais destinados a estados e municípios deveriam ser distribuídos de acordo com o quociente da divisão populacional, independentemente de quaisquer procedimentos prévios. De modo semelhante, o artigo 3º da Lei 8.142 de 1990 determinava que, definidos os critérios populacionais, 50% dos recursos federais deveriam ser repassados a estados municípios e Distrito Federal de forma automática, desde que cumprissem com o requisitos definidos no artigo 4º⁶⁹ (Levcovitz et. al., 2001, 273-274). Desse modo, com o objetivo de operacionalizar as definições legais. A NOB SUS 01/91 estabeleceu critérios de cálculo e instrumentos operacionais para que se iniciassem os repasses automáticos de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde e para os Fundos Estaduais de Saúde. Os instrumento e mecanismos de repasse, porém, nunca foram efetivados. Conforme argumenta Levcovitz (*et. al.*, 2001), os únicos recursos federais repassados a estados e municípios ao longo da vigência da NOB SUS 01/91 foram pagamentos *a posteriori* por serviços realizados, tanto para estabelecimentos públicos quanto para os estabelecimentos filantrópicos beneficentes. Desse modo, não poderiam ser caracterizados como repasses cuja transferência era automática e garantida a gestores municipais e estaduais.

Na prática, a NOB SUS 01/91 alcançou duas realizações: a criação de importantes sistemas de informação (até hoje amplamente utilizados pelo Ministério); e a uniformização dos pagamentos por serviços e ações de saúde prestados por

⁶⁹ Os requisitos definidos no artigo 4º da Lei 8.142 de 1990 consistiam na definição municipal/estadual de: “I – Fundo de Saúde; II – Conselho de Saúde (...); III Plano de Saúde; IV- relatório de gestão (...); V – Contrapartida de recursos para saúde no respectivo orçamento; VI – Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

estabelecimentos públicos e privados. A NOB SUS 01/91 instituiu e deu início à implantação, descentralização e capilarização de dois sistemas de informação que permitem ao Governo Federal acompanhar toda a *produção do estabelecimentos de saúde*, isto é, as ações de saúde realizadas *na ponta*. Os sistemas são o *SIA* (Sistema de Informações Ambulatoriais) e o *SIH* (Sistema de Informações Hospitalares).

Paralela à criação dos sistemas, foi elaborada uma *tabela de procedimentos em saúde*⁷⁰. A tabela lista todas as possíveis ações de saúde realizadas pelo SUS, classifica-as conforme seu *nível na hierarquia – atenção básica, média e alta complexidade* e associa um código a cada uma das ações. Com a implantação do *SIA* e do *SIH*, cada vez que uma *ação de saúde* era realizada, seu código deveria ser incluído e contabilizado pelo sistema. O conjunto de ações de saúde realizadas pelos profissionais do SUS e registradas nos sistemas do Ministério da Saúde é chamado de *produção*.

Assim, tal como argumentamos no capítulo anterior, os sistemas de saúde descentralizados criaram um fluxo constante de informações *da ponta* para o Governo Federal, permitindo ao Ministério da Saúde acompanhar o desempenho e a *produção* de estados, municípios e até mesmo de cada um dos estabelecimentos de saúde que prestam serviços ao Sistema Único. Os sistemas de informação (*SIA* e *SIH*) então implantados – e até hoje utilizados – passaram a funcionar como origem de informações estatísticas, bem como instrumento de acompanhamento e monitoramento, de auditoria, de avaliação e inclusive de controle do Ministério sobre os entes federados (Levcovitz *et. al.*, 2001, p.274).

A uniformização da remuneração da *produção* foi o segundo legado deixado pela NOB SUS 01/91. Como vimos, à época do INAMPS, o Governo Federal comprava os

⁷⁰ A tabela de procedimentos do SUS foi inúmeras vezes refeita e republicada. É possível acessar a versão mais recente e atualmente em vigor em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp> (Acessado em 01 de junho de 2013).

serviços e ações de saúde diretamente dos hospitais filantrópicos. Após prestar serviços e ações de saúde aos usuários, os hospitais mandavam “a conta” para o Governo Federal. Ainda nos primeiros anos de criação do Sistema Único, quando começaram a proliferar hospitais públicos estaduais e municipais, o pagamento a seus serviços seguiram o mesmo procedimento. Os valores repassados aos estabelecimentos públicos e privados, porém, não eram padronizados. A padronização foi um dos legados deixados pela NOB SUS 01/91, e a implantação dos sistemas de informação foi fundamental para isso.

A NOB SUS 01/91 sofreu três críticas principais: em primeiro lugar, foi criticada pela ênfase que depositou sobre o aspecto instrumental da descentralização financeira, isto é, por ter priorizado a descentralização de recursos em detrimento da descentralização da capacidade de elaboração, de planejamento e de gestão das políticas de saúde. De acordo com essas críticas, o Governo Federal não preparou os entes subnacionais para que assumissem as responsabilidades sobre seus sistemas de saúde. Em segundo lugar, e como implicação da primeira, a NOB SUS 01/91 foi criticada por não promover e por não incentivar a mudança do *modelo de saúde*, tal como defendido pelo movimento pela *Reforma Sanitária* e tal como inscrito na Constituição Federal e na Lei *Orgânica da Saúde*. Finalmente, a NOB SUS 01/91 foi criticada por não prever um mecanismos de articulação interfederativa, priorizando sobremaneira a descentralização para o nível municipal (Levcovitz *et. al.*, 2011, p.276). Falaremos sobre cada uma dessas críticas.

Como vimos, a ideia de descentralizar o sistema de saúde evocava a transferência de responsabilidades de organizar, planejar, gerir e financiar para gestores municipais e estaduais. Nesse sentido, a NOB SUS 01/91 foi criticada não apenas por priorizar a descentralização financeira, mas também por tê-la concebido de forma ineficaz. Na época (e ainda hoje), os recursos advindos da esfera federal representavam/representam um montante significativo do gasto público com saúde, quando comparados aos montantes advindos da grande maioria dos orçamentos estaduais e municipais. Por essa razão, os mecanismos de

transferências federais para instâncias subnacionais eram/são fundamentais para gestão local do sistema.

Não obstante, a transferência financeira por si só não era garantia da autonomia dos gestores de saúde de estados e municípios. Outros fatores influenciavam esse processo e essa foi uma das principais críticas direcionadas à NOB SUS 01/91 (Levcovitz et. al., 2001, p.273). Não bastava transferir recursos para os governos locais, era preciso, também, garantir que os gestores municipais tivessem autonomia para a utilização dos recursos financeiros. No entanto, continuou vigorando o *pagamento por produção*, ou seja, o pagamento por serviços realizados (consultas realizadas, exames realizados, cirurgias realizadas etc.), tanto para unidades privadas como também pelos serviços prestados por unidades públicas. A adoção do critério de repasse dos recursos federais exclusivamente por remuneração da *produção*, isto é, dos serviços efetivamente realizados, não contribuía para o aumento da autonomia de gestão de estados e municípios, que nada determinavam em relação ao uso dos recursos. Por essa razão, considerou-se que a NOB SUS 01/91 acabou tratando os entes subnacionais apenas como *prestadores*, sem conferir-lhes poderes de fato para tomar decisões, gerir ou financiar o sistema.

A NOB SUS 01/91 também foi criticada porque os mecanismos de descentralização que propunha não incorporavam formas de incentivo para a alteração do *modelo de atenção à saúde* vigente. Como vimos no primeiro capítulo, a valorização das ações de *promoção da saúde* e de *prevenção coletiva* – em contraposição à atenção individual – era ponto fundamental enfatizado por dirigentes, profissionais e militantes que defendiam a transformação do *modelo de atenção*. Enfatizava-se, ainda, o papel da *atenção básica* como o nível da hierarquia de serviços responsável por acompanhar a saúde da população e por os usuários para outros serviços, quando necessário. As críticas à NOB SUS 01/91 argumentavam que os mecanismos de descentralização financeira definidos pela Norma não incentivavam a mudança do modelo: não havia previsão de recursos para a *promoção da saúde* e a *prevenção*

das doenças; não havia recursos para o aprimoramento da *atenção básica*; e, finalmente, o *pagamento por produção* acabava incentivando a realização de intervenções e ações de saúde possivelmente desnecessárias, pois era esta a forma de se captar recursos federais (Carvalho *apud* Levcovitz, *et. al.*, 2011, p.275). Além disso, o *pós-pagamento*, calculado a partir dos serviços prestados em determinado período de referência, não contribuía para a redistribuição dos recursos de saúde, pois municípios e estados que sempre produziram mais serviços continuavam recebendo mais recursos. O ciclo nunca era interrompido, dificultando a implementação do *princípio da equidade*.

Levcovitz (et. al., 2001, p.274) também critica a forma como o processo foi conduzido. A NOB SUS 01/91 não previa uma instância de negociação entre o nível federal, o nível estadual e o nível municipal. Os mecanismos e instrumentos de repasse de recursos privilegiavam a relação direta entre o nível federal o nível municipal, sem contudo estabelecer um espaço de negociação e pactuação entre as três esferas de governo. Como consequência, a *descentralização* promovida pelos poucos anos de vigência da NOB SUS 01/91 induziu à formação de sistemas municipais isolados, sem a articulação e a integração necessárias para a criação de *fluxos de referências* entre os *serviços* de diferentes municípios, dificultando, portanto, a consolidação de uma rede de serviços *hierarquizada e regionalizada*.

Em 1992, uma nova Norma Operacional foi lançada, apresentando apenas alguns ajustes em relação à norma anterior. Outra Norma Operacional Básica foi lançada em 1993, esta sim, introduzindo mudanças significativas em relação às duas anteriores. Levcovitz (et. al., 2001) argumenta que a NOB SUS 01/93 foi construída a partir do aprendizado tirado da NOB SUS 01/91 e procurou evitar os principais equívocos identificados tanto no conteúdo, como também no processo mesmo de construção da primeira Norma Operacional Básica.

A primeira grande diferença da NOB SUS 01/93 em relação à NOB SUS 01/91 remete ao processo por meio do qual foram concebidas. A experiência da primeira

NOB foi exaustivamente discutida na 9ª *Conferência Nacional de Saúde*. Reconhecida a importância da coordenação e articulação entre os três entes federados (governo federal, estados e municípios), foi designado um Grupo Especial de Descentralização (GED), que contava com representantes das três esferas de governo. A NOB SUS 01/93⁷¹ é a tradução em portaria da última versão de um documento coletivamente construído ao longo de seis meses, resultado do trabalho conjunto de representantes do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS (Levcovitz et. al., 2001, p.276)⁷².

Ao contrário da primeira Norma Operacional Básica, a NOB SUS 01/93 reconhecia que a *descentralização* deveria acontecer de forma gradual, respeitando as diferenças econômicas, sociais e políticas, bem como a vontade política de cada ente federado (Levcovitz et. al., 2001, p.276). Assim, a norma estabelecia uma estratégia de transição para o modelo de plena descentralização do sistema de saúde: criava diferentes níveis de gestão com competências, responsabilidades e capacidades administrativas e financeiras distintas (Levcovitz et. al., 2001, p.276). Foram criados três níveis de gestão para os municípios (*gestão incipiente, gestão parcial e gestão semi-plena*) e dois níveis de gestão para os estados (*gestão parcial e gestão semi-plena*). Para passar de um nível a outro, era necessário cumprir determinados parâmetros estipulados pela norma, e o objetivo final era que estados e municípios assumissem a responsabilidade pela gestão plena de seus sistemas de saúde.

Por sua vez, a gradação entre os níveis de gestão informava os modos de transferência de recursos do nível federal aos entes subnacionais. Uma modalidade

⁷¹ A NOB SUS 01/93 foi publicada como a Portaria nº 565, de 20 de maio de 1993 e pode ser acessada em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. (Acessado em 01 de junho de 2013).

⁷² O documento mencionado tinha o título “Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” e pode ser encontrado em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_02.pdf. (Acessado em 01 de junho de 2013).

específica de incentivo financeiro foi pensada para cada um dos dois níveis de gestão dos estados e para cada um dos três níveis de gestão dos municípios. O texto da norma previa o repasse mensal e automático dos incentivos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais, mas quando a NOB 93 foi implementada, restrições financeiras fizeram com que apenas os municípios *habilitados* na *gestão semi-plena* passassem de fato a receber os recursos (Levcovitz et. al., 2001, p.277). Não obstante, as transferências representava um ponto de inflexão significativo à implementação de fato dos mecanismos de transferência *fundo a fundo* nos municípios em condição de *gestão semiplena*, pois pela primeira vez foram realizadas as transferências automáticas tal como haviam sido previstas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. Como explicamos no capítulo anterior, as transferências automáticas *fundo a fundo* aumentavam a autonomia dos municípios no uso dos recursos, que deixavam de ser *carimbados*, isto é, vinculados a um gasto específico.

Desse modo, os municípios *habilitados* na condição de *gestão semiplena* passaram a receber mensalmente, em seu *Fundo Municipal de Saúde*, um montante global de recursos, com o qual deveriam financiar a assistência ambulatorial e hospitalar dos serviços de saúde sob gestão municipal. Além disso, o Fundo Municipal também passou a receber os valores referentes à compra de serviços de *prestadores privados* (filantrópicos e universitários) faturados pelos sistemas de informação *SIA-SUS* e *SIH-SUS*, e os gestores municipais passaram a efetuar os créditos bancários e eles devidos, colocando fim à relação e ao fluxo direto de recursos do governo federal para estabelecimentos de saúde privados⁷³. (Levcovitz et. al., 2001, p.277)

Com a *gestão semiplena*, os municípios adquiriram autonomia para gerir e programar a execução orçamentária dos recursos repassados *fundo a fundo*, mas a autonomia era apenas parcial. Embora os recursos estivessem disponíveis para os

⁷³ No caso dos municípios não *habilitados* na *gestão semiplena*, permaneceu a forma de pagamento direta do governo federal a *prestadores privados*.

municípios, o governo federal exigia a vinculação dos montantes aos gastos com custeio de cada uma das áreas assistenciais. Desse modo, um montante específico deveria ser utilizado nas unidades ambulatoriais, outro em hospitais, outro para pagamento da compra de serviços de *prestadores privados*, e assim por diante (Levcovitz et. al., 2001p, 277). Havia também o agravante de não serem disponibilizados recursos para investimento. Além disso, o montante de recursos repassados era calculado pela análise da série histórica de prestações de serviços passados, registradas como *produção* nos sistemas de informação SIA-SUS e SIH-SUS, de modo que o valor a ser recebido encontrava-se atrelado ao histórico de serviços prestados.

O instrumento de transferências de recursos financeiros *fundo a fundo*, tal como previsto na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde, representava a *descentralização financeira* e, conseqüentemente, a atribuição de responsabilidades e autonomia de gestão a estados e municípios. No entanto, na forma como foi implementado pelo Ministério da Saúde, funcionou como uma transferência parcial de autonomia. O cálculo do valor baseado na *produção* passada e a transferência de valores *carimbados* restringia a forma como os municípios poderiam utilizar os recursos e, conseqüentemente, limitava-lhes a capacidade de planejar e implementar políticas de saúde de forma autônoma. Em última instância, a estratégia adotada dificultava a transformação do modelo pois os gestores subnacionais não receberiam incentivos financeiros para priorizar a *atenção básica* ou as *ações de prevenção*, já que eram os atendimentos tradicionais e individuais que lhes rendiam financiamentos.

Finalmente, uma dos principais legados deixados pela NOB SUS 01/93 foi a criação das *Comissões Intergestores*. Além de ter sido elaborada em um espaço de discussão interfederativo, a Norma Operacional Básica de 1993 também propunha a criação de fóruns para a negociação e a pactuação entre as esferas federal, estadual e municipal. Assim, foram criadas a *Comissão Intergestores Tripartite (CIT)* e a *Comissão Intergestores Bipartite (CIB)*. A *CIT* reunia representantes do Conselho

Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, do *CONASS* e do *CONASEMS*; a segunda das Secretarias Estaduais de Saúde e do *COSEMS*.

As *comissões intergestores* passaram a traçar estratégias para o processo de *descentralização* e a deliberar sobre a implementação dessas estratégias. Coube-lhes a partir de então a decisão de uma série de procedimentos. Dentre suas atribuições, eram responsáveis por classificar a *habilitação* de estados e municípios nos diferentes *níveis de gestão* definidos pela Norma e por calcular os montantes de recursos a serem transferidos para os Fundos Municipais *habilitados*. Com a criação das comissões intergestores, a NOB SUS 01/93 incentivou a decisão compartilhada sobre os critérios e os montantes de repasse de recursos financeiros da esfera federal para os entes subnacionais. Com o tempo, suas responsabilidades e atribuições se ampliaram, e as *Comissões* se tornariam espaços fundamentais para a negociação e pactuação de todas políticas públicas de saúde do país.

Inicialmente, as Comissões Intergestores foram pensadas como instâncias provisórias, com finalidade e tempo de duração definidos. Tinham o objetivo exclusivo de auxiliar no processo de transição e funcionariam até que se completasse a *descentralização*, quando estados e municípios assumissem a *gestão plena* de seus sistemas de saúde. No entanto, com o desenrolar do processo de *descentralização*, as Comissões foram se fortalecendo e suas funções se multiplicaram. No início, as comissões intergestores funcionaram como um espaço onde estados, municípios e governo federal definiam conjuntamente as diretrizes e normas do processo de *descentralização* e negociavam os meios de implementá-las. Com o tempo, porém, assumiram caráter deliberativo e transformaram-se em instâncias de tomada de decisão. Passaram a deliberar sobre os investimentos para a estruturação da rede pública, sobre a viabilidade das políticas e programas de governo, bem como sobre a distribuição e os modelos de financiamento das políticas. Tornaram-se fóruns tão importantes que nenhuma política de saúde seria efetivamente implementada sem ser, antes, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e nas Comissões Intergestores Bipartite de cada um dos estados da

federação. Desde então, “(...) praticamente todas as questões que dizem respeito ao financiamento, à descentralização da estrutura gestora do SUS e à estruturação e funcionamento do sistema de saúde propagados pelo nível federal e/ou estado são discutidos na CIB [e na CIT]” (Levcovitz et. al., 2001, p.278)

Três anos após a publicação da NOB SUS 01/93, uma nova Norma Operacional Básica foi lançada pelo Ministério da Saúde. A Norma Operacional Básica publicada em 1996 foi elaborada ao longo de um ano de debates, que envolveram não apenas o Conselho Nacional de Saúde, os representantes do Ministério de Saúde da Saúde, o CONASS e CONASEMS, mas também representantes de vários segmentos da sociedade (Levcovitz et. al., 2001, p.278). A NOB SUS 01/96⁷⁴ tomava como ponto de partida as mudanças já introduzidas pela Norma Operacional anterior e aprofundava alguns de seus pontos fundamentais. Além disso, introduzia inúmeras mudanças em relação às normas anteriores. Dentre as principais questões abordadas pela NOB SUS 01/96, destacam-se: (a) a tentativa de definir com maior clareza o papel de cada ente federado na organização, provisão de atenção e financiamento do sistema de saúde, incentivando a *regionalização* e a melhor distribuição territorial dos serviços de saúde; (b) o fortalecimento das instâncias de discussão e pactuação intergovernamentais; (c) o aumento do percentual do orçamento federal repassado por transferências regulares e automáticas; (d) e, finalmente, a proposta de incentivar a mudança do modelo assistencial.

Nos primeiros anos em que foi implementada, a *descentralização* do sistema de saúde considerou os entes subnacionais de forma isolada, sem atentar para a articulação que era preciso estabelecer entre eles. As primeiras Normas Operacionais transferiram para os entes subnacionais a responsabilidade e as competências por prestar, gerir e financiar o sistema de saúde. No entanto, focaram

⁷⁴ A NOB SUS 01/93 foi publicada pela Portaria Nº 2.203, de 5 de novembro de 1996 e pode ser acessada em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. (Acessado em 01 de junho de 2013).

excessivamente nos mecanismos de transferência financeira do governo federal aos estados e aos municípios, deixando em segundo plano tanto a definição das responsabilidades específicas de cada um, quanto as responsabilidades de um ente para com o outro. Tal como até então estava acontecendo, a *descentralização* começava a conformar sistemas isolados de prestação de serviços de saúde. Sem a demarcação de responsabilidades e a articulação entre os entes – entre estados e municípios e entre municípios – o sistema de saúde tenderia à completa fragmentação. A publicação da NOB 01/96 marca o momento em que a fragmentação começa a aparecer como um problema do sistema de saúde, dando ensejo à criação e adoção de políticas e incentivos específicos para superá-la.

Dada a constatação do risco de fragmentação do sistema, os formuladores da NOB SUS 01/96 conceberam um instrumento para definir e normatizar as responsabilidades sanitárias de cada gestor: a *PPI* – Programação Pactuada e Integrada. No espaço das CIBs, os gestores municipais e a Secretaria de Saúde do estado deveriam negociar e pactuar as ações de saúde a serem ofertadas e prestadas. Também seriam negociadas as *grades de referência e contra-referência* e os gestores de municípios onde se encontrassem os serviços de referência deveriam assegurar o atendimento à população de outros municípios. As negociações e definições seriam consolidadas em um documento – a *Programação Pactuada e Integrada (PPI)* – a ser aprovado pela CIB e encaminhado ao Ministério da Saúde.

De acordo com a NOB 01/96, a *PPI* deveria especificar as responsabilidades, os objetivos, as metas, as referências intermunicipais e os recursos financeiros em todos os níveis de gestão (Levcovitz et. al., 2001, p.279). Além disso, para aprimorar a fiscalização do cumprimento das responsabilidades acordadas, a NOB SU S01/96 previa o aprimoramento do registro das ações de saúde realizadas por municípios, estados e governo federal em sistemas de informação unificados. Além de fortalecer os bancos de dados nacionais – sobretudo o SIA-SUS e o SIH-SUS, até hoje utilizados – aprimoravam a organização dos sistemas de controle, avaliação e auditoria do Sistema Único de Saúde (Levcovitz et. al., 2001, p.279).

A NOB SUS 01/96 também deu continuidade à *descentralização financeira* iniciada pelas Normas Operacionais anteriores. Em consonância com os critérios de capacidades de oferta de serviços e de organização da assistência à saúde, a NOB SUS 01/96 criou duas modalidades de gestão para estados e municípios: *avançada do sistema estadual e plena do sistema estadual para os estados; gestão plena do sistema de saúde e gestão plena da atenção básica* para os municípios. Como na Normas anteriores, estados e municípios classificados nas diferentes condições de gestão faziam jus a distintos montantes de recursos federais. Assim, “para cada condição de gestão foram previstas modalidades de repasse/transferência de recursos federais, divididas entre o custeio da assistência hospitalar a ambulatorial, as ações de vigilância sanitária e as ações de epidemiologia e de controle de doenças” (Levcovitz et. al., 2001, p.279).

A NOB SUS 01/96 também introduziu uma mudança significativa em relação às normas de transferências automáticas e fundo a fundo: criou um bloco específico de recursos para financiar ações e serviços da Atenção Básica à Saúde – o *Piso Assistencial Básico (PAB)*, nome posteriormente substituído por *Piso da Atenção Básica*. Um valor *per capita* a ser transferido pelo PAB foi definido, e o montante recebido por cada Fundo (estadual ou municipal) era calculado multiplicando-se o valor per capita pela população total.

Os repasses *fundo a fundo regulares e automáticos* previstos pelo *Piso Assistencial Básico* foram o primeiro instrumento de transferência a romper com a antiga lógica de alocação de recursos baseada no *pós-pagamento por produção*. Para a transferência dos recursos via PAB, não era preciso comprovar gastos de *produção*. Além disso, a única regra de gasto imposta aos municípios era a utilização dos valores transferidos pelo PAB exclusivamente em ações e serviços da atenção básica. Observada essa demarcação, os gestores subnacionais tinham completa autonomia para definir e executar a alocação dos recursos. A NOB SUS 01/1996 aumentou significativamente os valores repassado regular e automaticamente do

Fundo de Saúde Nacional para os Fundos de Saúde Estaduais e Municipais, de modo que em 2000, mais de 60% dos recursos do Fundo Nacional de Saúde já eram repassados automaticamente para os entes subnacionais (Levcovitz et. al., 2001, p.279).

Assim, é possível dizer que a maior mudança introduzida pela NOB SUS 01/96 foi a criação de um instrumento de financiamento que objetivava incentivar e consolidar o *modelo assistencial* previsto pela Constituição Federal e pela *Lei Orgânica de Saúde*, privilegiando a *promoção*, a *prevenção* e a organização do sistema de saúde a partir da *atenção básica*⁷⁵. A estratégia adotada para isso foi a criação de incentivos específicos para o Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O objetivo era estruturar e aumentar a cobertura de ambos os programas.

O Piso da Atenção Básica (*PAB*) foi dividido em uma parte fixa e outra variável. Como já mencionado, a parte fixa correspondia a um valor per capita multiplicado pela população de cada ente subnacional e transferido mensalmente *função a função*. A parte variável também seria transferida automaticamente, *função a função*, mas estava condicionada à adesão dos municípios e dos estados aos programas e às políticas federais, bem como ao cumprimento de determinadas ações, especificadas nas portarias dos programas/políticas⁷⁶ (Levcovitz, 2001, p.279). Para fomentar a expansão da cobertura da *atenção básica*, o incentivo financeiro aumentava de acordo com a população efetivamente coberta pelos programas, de modo que o valor repassado para cada equipe da atenção básica crescia à medida que aumentava o número de equipes financiadas – e conseqüentemente da cobertura (Levcovitz et. al., 2001, p.285).

⁷⁵ Os mecanismos e instrumentos de reorientação do modelo assistencial foram inicialmente previstos pela Norma Operacional de 1996. Para implementá-los, porém, foram publicadas e reeditadas uma série de outras portarias.

⁷⁶ Além das ações da do PSF e do PACS, havia também ações do Programa de Carências Nutricionais e da Assistência Farmacêutica da Atenção Básica.

Outra medida para orientar a mudança do *modelo assistencial* foi a criação de financiamentos específicos para o custeio de ações das *vigilância* sanitária, epidemiológica e ambiental⁷⁷. Tal como acontecia com o *PACS* e com o *PSF*, a transferência de recursos dar-se-ia de forma automática do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais, contanto que fossem observadas e cumpridas determinadas ações previamente definidas em portaria – mecanismo também utilizado pela Rede Cegonha. Além disso, como também acontece em inúmeras outras políticas de saúde publicadas pelo Ministério, uma contrapartida de recursos municipais e estaduais era exigida. O importante a notar é que, como já vimos, a mudança de modelo prevista pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde enfatizava a importância de se desenvolver as ações de promoção da saúde e de prevenção às doenças. Até aquele momento, porém, o Governo Federal havia feito quase nada para incentivá-las, pois seus repasses destinavam-se a financiar as ações da *assistência médica individual*

As Normas Operacionais publicadas ao longo da década de 1990 foram as primeiras tentativas de implementação do princípio da *descentralização* do Sistema Único de Saúde. O objetivo das quatro Normas publicadas era o mesmo, e todas condicionavam a transferência de recursos à classificação dos entes subnacionais nos *níveis de gestão* que estabeleciam. Os *níveis de gestão*, por sua vez, dependiam da infraestrutura, da capacidade de oferta, de organização e de gestão do sistema de saúde de cada ente (estados e municípios).

A implementação das Normas Operacionais teve alcance variado e nem todos os dispositivos de transferência de recursos previstos foram efetivamente

⁷⁷ Os instrumentos de repasse foram criados para estados e municípios, mas somente os repasses para os municípios foram efetivamente implementados.

implementados⁷⁸. Isso por várias razões. Em primeiro lugar, porque prevaleceram ao longo da década de 1990 políticas de diminuição dos gastos do Estado, e a escassez de recursos para a saúde pública dificultou o processo de *descentralização*. Em segundo lugar, respeitando o princípio constitucional da autonomia dos entes federativos, a *descentralização* dependia da adesão de municípios e estados às Normas Operacionais Básicas, o que aconteceu de forma gradual.

Finalmente, o resultado do processo de transferência de competências de gestão e de financiamento para os entes subnacionais dependia sobremaneira das condições específicas em cada ente: da infraestrutura e capacidade instalada; da *qualificação* do pessoal e da capacidade de gestão e de prestação de serviços de saúde; da capacidade financeira dos gestores locais para aportarem contrapartidas aos recursos transferidos pelo federal, complementando-o etc. Desse modo, o processo de *descentralização* levado a cabo pelas Normas Operacionais Básicas gerou conformações de sistemas de saúde locais muito variadas, pois o efeito de cada mecanismo e instrumento previsto pelas Portarias dependia de forma inextricável das realidades locais (Levcovitz *et. al.*, 2011).

A primeira década de implementação do princípio da *descentralização* é vista como um momento de aprendizagem, e os estudiosos e militantes do SUS afirmam que as Normas Operacionais Básicas deixaram legados fundamentais. Muitos dos instrumentos de *operacionalização* pensados ao longo da década de 1990 foram novamente editados nas normas que, posteriormente, deram continuidade à regulamentação e à implementação da *descentralização* do *Sistema Único de Saúde*. Dentre os legados das NOBs, destacam-se três: (a) a criação dos primeiros mecanismos de repasse financeiro mensal e automático do Fundo Nacional de Saúde aos fundos municipais e estaduais; (b) a consolidação de uma estratégia de

⁷⁸ Para lista exaustiva de instrumentos de repasse publicados e implementados por cada uma das Normas Operacionais Básicas publicadas na década de 1990, ver Levcovitz *et. al.*, 2001.

elaboração e implementação de políticas de saúde no Ministério, condicionando o repasse a determinados pré-requisitos previstos em portarias; (c) a criação e a crescente importância atribuída aos espaços intergovernamentais de concepção e pactuação de políticas de saúde.

O primeiro grande legado deixado pelas *Normas Operacionais Básicas* publicadas ao longo dos anos 1990 foi a institucionalização de um mecanismo de transferência de recursos com duas características: em primeiro lugar, o condicionamento dos repasses financeiros à *habilitação* dos municípios nos diferentes *níveis de gestão*, classificados pelos critérios de capacidade de oferta e de gestão dos serviços; em segundo lugar, o aumento crescente dos recursos repassados mediante transferências automáticas e regulares dos Fundos Nacionais de Saúde aos Fundos Municipais e Estaduais.

A classificação de municípios e estados em diferentes níveis de autonomia de gestão foi inicialmente pensada para que a *descentralização* do sistema acontecesse de forma progressiva, considerando as diferenças existentes entre subnacionais. Não obstante, percebeu-se que a diversidade, sobretudo entre municípios, fazia parte do sistema, e que a garantia do princípio da *integralidade da atenção* não seria alcançada com a *habilitação* de todos os municípios na condição de *gestão plena do sistema de saúde*. Antes, chegou-se à conclusão de que a *integralidade* dependeria da articulação entre os municípios para a conformação das redes de saúde, de modo que, para evitar o desperdício, muitos municípios continuariam habilitados apenas na *gestão plena da atenção básica*. A classificação dos municípios em diferentes *níveis de gestão* persistiu ao longo do tempo, posteriormente transformando-se em estratégia de distribuição dos serviços de saúde sobre o território nacional.

Como vimos, as transferências regulares e automáticas entre fundos de saúde estavam previstas na Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde e na Lei 8.142/1990, que dispõe sobre as transferências governamentais de recursos financeiros na área da saúde. Dada a limitação do orçamento da grande maioria dos

municípios e de muitos estados do país, o repasse mensal do governo federal é fundamental para garantir a capacidade desses entes de efetivamente organizar, gerir e pagar os serviços e ações ofertados por seus sistemas de saúde. daí a importância das transferências oriundas do Governo Federal. Defendidas pelo movimento da reforma sanitária, as transferências automáticas *fundo a fundo* contrapunham-se a duas características do modelo centralizado do INAMPS: ao pagamento direto do governo federal aos estabelecimentos privados que vendiam serviços de saúde ao órgão público federal, sem a intermediação ou a participação dos entes subnacionais no processo; e o modelo de *pós-pagamento* por compra de serviços, que não deixava espaço para o exercício da autonomia na alocação de recursos dos entes subnacionais.

Desse modo, tal como pensado pelo movimento da *Reforma Sanitária*, os repasses *fundo a fundo* garantiriam a condição a partir da qual estados e municípios poderiam começar a gerir e financiar seus sistemas de saúde, além de colocar fim à relação direta entre o governo federal e os prestadores de serviço. No entanto, apenas os repasses do *Fundo Nacional* para os fundos estaduais e municipais não eram suficientes. Era igualmente importante garantir a autonomia dos entes subnacionais na utilização dos recursos repassados. Por essa razão, pretendia-se que as transferências mensais de um montante pré-definido rompessem com o *sistema de pós-pagamento*, em que recursos eram repassados para pagar serviços já prestados. Em oposição, defendia-se os sistemas de *pré-pagamento*, nos quais um montante pré-definido de recursos seria repassado aos gestores, que posteriormente teriam autonomia para planejar e decidir sobre sua distribuição e alocação. Essa foi a conquista alcançada pelo *PAB*.

As Normas Operacionais Básicas foram as primeiras experiências de regulamentação das transferências automáticas *fundo a fundo*. No final da década, o custeio dos *estabelecimentos* públicos e todos os pagamentos pela prestação de serviços de saúde comprados de instituições privadas já eram realizados com recursos oriundos dos Fundos Municipais e Estaduais de Saúde, e não mais do

Fundo Nacional. Além disso, com a criação do *PAB*, que calculava o montante de recursos a ser repassado baseando-se no volume populacional, as Normas Operacionais Básicas também contribuíram para dar início ao processo de transição do sistema de *pós-pagamento* para o sistema de *pré-pagamento*. Essa mudança, contudo, ficou restrita ao financiamento da Atenção Básica.

Os recursos para financiar a *média e a alta complexidade* também passaram a ser transferidos *fundo a fundo* e em blocos. No entanto, não romperam totalmente com o modelo de *pós-pagamento*, pois o valor total continuava a ser calculado de acordo com a série histórica da *produção* em saúde registrada nos sistemas de informação SIA-SUS e SIH-SUS. Isso significava que o montante transferido *fundo a fundo* dependia do montante de procedimentos de saúde realizados nos meses anteriores. Essa fórmula de cálculo tinha duas implicações.

Em primeiro lugar, não contribuía para a transição de um sistema focado na *atenção* para um sistema focado da *prevenção*, pois além de o dinheiro ser vinculado aos serviços que lhe serviram como base de cálculo, o sistema fazia com que gestores privilegiassem o aumento da *produção da atenção* – em detrimento das *ações de promoção e prevenção* – pois isso lhes daria direito ao aumento dos recursos recebidos. Em segundo lugar, a fórmula de cálculo não contribuía para diminuir as inequidades, pois os municípios e estados que mais realizavam procedimentos de saúde eram aqueles que recebiam os maiores montantes de recursos. Como observa Levcovitz:

“a ampliação dos mecanismos de transferência fundo a fundo, através da NOB 96 – criação do PAB, de incentivos financeiros e implantação de transferência direta dos recursos federais para um grande número de municípios e para os estados habilitados – aumentou autonomia dos gastos para a maioria dos municípios e para os estados na área da saúde. No entanto, a utilização de alguns instrumentos técnico-operacionais para o repasse, transferência e execução da maior parte

dos recursos federais, apesar dos benefícios par a padronização dos instrumentos, organização e unificação do sistema de saúde, pouco contribuem para a avaliação dos resultados dos recursos aplicados e, sobretudo, limitam iniciativas próprios e singulares que vinculem práticas de saúde às realidades locais e regionais” (2001, p.290)

O segundo grande legado deixado pelas Normas Operacionais foi o mecanismo pelo qual o governo federal começou a induzir a implementação das políticas de saúde que formulava e, dessa forma, passou a direcionar as transformações do *modelo assistencial*. A criação do PAB *variável* foi um marco nesse sentido, pois estabeleceu uma diferença entre os recursos repassados automaticamente – PAB fixo, por exemplo – e recursos cujo repasse dependia da adesão dos entes subnacionais a um programa. No último caso, a transferência de recursos ficava condicionada ao cumprimento de uma série de condições previstas em portaria – formas de organização dos serviços, oferta de determinados serviços, melhora dos indicadores de saúde, etc. Cumpridas as condições, o recursos seriam incorporados ao montante total repassado mensalmente; descumpridas as condições, o valor do repasse seria subtraído do montante.

É interessante notar que no momento em que elabora e implementa normas para transferir autonomia de gestão e financeira aos entes subnacionais, o Ministério da Saúde também cria um mecanismos a partir do qual consegue manter sua influência sobre as políticas de saúde adotadas e implementadas pela *ponta*. Ao condicionar o repasse de recursos à *adesão* dos entes subnacionais às políticas que elabora, o Ministério amplia seu poder de influenciar a política no plano local. A razão, argumentava-se, era que os incentivos do Ministério seriam fundamentais para impulsionar a *transformação do modelo* (Levcovitz *et, al*, 2011, p.286). O mecanismo de financiamento (ou repasse de incentivo financeiro) mediante adesão e cumprimento de ações e outros requisitos previstos em portaria passou desde então a ser amplamente utilizado pelo Ministério da Saúde. Como temos visto, e como

ficará mais claro neste capítulo, trata-se exatamente do mecanismo utilizado pela *Rede Cegonha*.

Algumas vezes, ouvi em tom de brincadeira que o Ministério da Saúde não faz efetivamente nada, além de transferir recursos para os estados e os municípios. A brincadeira mas alude ao fato de o Ministério da Saúde não ser responsável direto pelos estabelecimentos que prestam os serviços de saúde à população. Vale notar que, além de repassar recursos para financiamento das políticas que elabora, o Ministério da Saúde também define padrões de infraestrutura e de atendimento à saúde e oferece apoio técnico para fazê-los cumprir. Não obstante, vincular o repasse de recursos ao cumprimento de pré-requisitos por ele definido é um dos principais meios do Ministério agir. Como veremos, também será esse o meio utilizado para incentivar a implementação das ações previstas pela Rede Cegonha.

O terceiro legado deixado pelas Normas Operacionais Básicas foi a criação e a importância crescente atribuída às *instâncias intergovernamentais* de negociação e pactuação de políticas de saúde. Pensados inicialmente como instâncias provisórias, cujo objetivo era negociar as tensões que envolviam o processo de *descentralização*, a Comissão Intergestores Tripartite e as Comissões Intergestores Bipartite foram aos poucos se transformando nos espaços onde são discutidas uma ampla miríade de questões. Começaram como instâncias onde se negociavam as regras e os critérios de *descentralização* financeira. Em pouco tempo, passaram a monitorar o processo mesmo de implementação das Normas Operacionais, acompanhando, por exemplo, a *habilitação* dos municípios e a alocação dos recursos federais entre os municípios de um estado. Com a NOB SUS 01/96 tornaram-se o espaço de negociação das Programações Pactuadas e Integradas, ficando também responsáveis pela aprovação dos documentos finais. Aos poucos, as responsabilidades das Comissões Intergestores extrapolaram o tema da *descentralização* e elas se tornaram espaços de negociação e deliberação sobre todas as políticas de saúde. Como observa Levcovitz:

“essas instâncias criaram as regras e os instrumentos necessários aos relacionamentos entre as esferas de governo (nacional e subnacionais) para organização e funcionamento do sistema de saúde. Neste sentido, os espaços de gestão da política tornam-se mais ampliados e o pacto torna-se uma condição para a deliberação e a execução de novas diretrizes” (2011, p.287)

É interessante notar que a força adquirida pelas *Comissões Intergestores* acaba por contrabalançar a poder que o Ministério centraliza ao estabelecer as políticas de incentivo dos *modelos de atenção*. Por um lado, o Ministério da Saúde se torna o grande formulador de políticas nacionais de saúde, pois passa a influenciar o *modelo assistencial* por intermédio das transferência de recursos condicionadas à adesão a programas e ao cumprimento de pré-condições e ações de saúde previstas nas Portarias que instituem os *programas* e as políticas⁷⁹. Por outro lado, com o fortalecimento das *Comissões Intergestores*, os entes subnacionais passam a participar do processo de negociação e de criação das mesmas regras que irão compor as políticas, às quais, publicadas em portaria, eles irão *aderir*. Com isso, aqueles que eram antes apenas executores, passam a atuar também como formuladores das políticas nacionais de saúde. Essa talvez tenha sido a inflexão operada pela *CIT* e pelas *CIBs* nos últimos anos.

As Normas Operacionais Básicas deixaram também alguns legados negativos. Dentre eles, destaca-se a fragmentação dos serviços de saúde nos municípios - a despeito dos primeiros esforços de articulação de entes subnacionais. Nos primeiros anos da década seguinte, duas Normas Operacionais de Assistência à Saúde foram

⁷⁹ Os recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde são menos significativos para estados e municípios que possuem orçamento próprio volumoso, como São Paulo, por exemplo. Não é à toa que não esses os lugares onde entes subnacionais têm mais liberdade para elaborar e implementar políticas próprias, já que dependem menos dos recursos enviados pelo Governo Federal. No entanto, muitos estados e na grande maioria dos municípios são dependentes dos recursos federais e seus serviços de saúde espelham bem as políticas incentivadas pelo Ministério.

publicadas. Visavam dar continuidade à descentralização do sistema, mas focavam de modo mais cuidadoso a articulação entre os entes e o processo de *regionalização*. As mudanças propostas pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde culminaram na criação do Pacto pela Saúde.

Conforme nos fala Lima (2012a), a publicação do *Pacto pela Saúde* em 2006 foi um momento de inflexão no processo de *descentralização* e de *regionalização* do Sistema Único de Saúde. De acordo com a autora, as mudanças introduzidas pelo *Pacto* começaram a ser pensadas três anos antes, em 2003, quando o Partido dos Trabalhadores assumiu o governo federal e – como acontece em todo início de governo – os dirigentes do Ministério da Saúde foram amplamente substituídos. Os novos dirigentes foram críticos à forma como o Governo Federal conduzira o processo de *descentralização* ao longo dos dez anos anteriores (1992 a 2002).

Acreditava-se que a *descentralização* havia focado exclusiva e excessivamente a normatização da transferência de incentivos financeiros, deixando de lado outros aspectos importantes do processo. O diagnóstico era que, ao focar os critérios de transferência financeira, a *descentralização* da década anterior não havia contribuído para o aprimoramento da relação entre as três esferas de governo, deixando duas consequências principais: a fragmentação acentuada dos mecanismos de transferências governamentais, com a criação e manutenção de inúmeros instrumentos de cálculo e de inúmeros pacotes de recursos que eram transferidos entre os fundos; e a burocratização das relações intergovernamentais.

Para os formuladores do Pacto pela Saúde, o primeiro desafio do novo governo seria o de superar a fragmentação dos instrumentos de repasse financeiro e das políticas de saúde, promovendo a coordenação e a cooperação entre os entes federados (Lima, 2012a, p.1905). Assim, após três anos de discussão, o documento do *Pacto pela Saúde* foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (*CIT*) e no Conselho

Nacional de Saúde (*CNS*) em 2006, sendo em seguida publicado como portaria ministerial⁸⁰.

O Pacto pela Saúde tinha como objetivo o fortalecimento da gestão descentralizada e a redefinição das responsabilidades de cada ente federativo gestor do sistema. Para isso, substituía o processo de *habilitação* em níveis de gestão previsto pelas Normas Operacionais, implementado de forma bilateral entre governo federal e ente subnacional, pela elaboração e consolidação negociada de um documento – o *TGD*, *Termo de Compromisso de Gestão*. O *TGD* definiria para cada ente as prioridades, os objetivos e as metas de saúde a serem alcançadas no período de um ano. O documento deveria ser discutido, aprovado e homologado pelas *CIBs*, no âmbito dos estados e, em seguida, pela *CIT*, em âmbito nacional. Acreditava-se que, ao ter seus planos de saúde (municipais ou estaduais) escrutinizados nos espaços das Comissões Intergestores, os municípios, o estado e o Governo Federal teriam a oportunidade de identificar os pontos em que seus planos poderiam se complementar. Como se vê, o diagnóstico da fragmentação e os esforços para superá-la eram muito anteriores ao ano de 2011. As políticas das Redes de Atenção à Saúde, então em processo de elaboração, somar-se-iam a outros esforços e constituiria mais uma tentativa para superar a fragmentação dos estabelecimentos, serviços e ações de saúde.

O Pacto pela Saúde foi estruturado em três eixos: o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS. O “Pacto pela Vida” dizia respeito às *ações finalísticas* do sistema e propunha melhorar a assistência prestada aos usuários e as condições de saúde da população. As prioridades estabelecidas pelo Pacto pela Vida eram as seguintes: saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da atenção básica;

⁸⁰ O Pacto pela Saúde foi publicado pela Portaria GM Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Pode ser encontrado em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. (Acessado em 10 de abril de 2013)

promoção da saúde; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.

O “Pacto de Gestão”, por sua vez, previa diretrizes e ações com o objetivo de fortalecer a gestão do SUS, enfatizando oito aspectos: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada Integrada (PPI), regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e da educação em saúde. Finalmente, o “Pacto em Defesa do SUS” definia iniciativas e ações que visavam reforçar os valores da reforma sanitária, isto é: a implementação dos princípios e diretrizes do SUS, bem como a mobilização para aumentar o apoio a política de saúde para além dos limites setoriais, considerando o caráter transdisciplinar da própria noção de saúde. O “Pacto em Defesa do SUS”, em última instância, visava revigorar o movimento pela reforma sanitária, sensibilizando e aumentando a disposição de gestores locais para a cooperação (Lima, 2012a, p.1905).

É interessante notar como os eixos do pacto e suas subclassificações baseiam-se nas mesmas categorias que parecem estruturar a forma como hoje se percebe e se classifica o campo da saúde: a divisão do sistema em níveis hierárquicos, a divisão das fases do cuidado em promoção, prevenção, assistência e recuperação; a ênfase na descentralização, hierarquização e regionalização como forma de organização do sistema; a importância atribuída a mobilização e à participação social. Todas essas categorias encontram-se previstas na Constituição Federal e na *Lei Orgânica da Saúde* como *princípios, diretrizes e objetivos* do SUS. São as mesmas categorias que inspiram a conformação e a divisão funcional da estrutura organizacional do Ministério da Saúde; são as categorias que funcionam como *imagem-objetivo*, como meta a ser alcançada pelo Sistema Único e que, por isso, inspiram a elaboração de uma série de política e programas que têm como objetivo implementá-las. Como já mencionamos, não se trata apenas de categoria que organizam o mundo; mais que isso, elas inspiram a mobilização, a ação e a transformação do mundo – e do Sistema Único de Saúde.

Uma grande lista de *ações/intervenções* foi elaborada para orientar a operacionalização/implementação das prioridades previstas em cada eixos do *Pacto*. Para cada *ação*, havia um indicador correspondente, cujo acompanhamento visava monitorar a implementação da política. No momento de elaboração dos *TGDs*, para cada município ou estado, um subconjunto de ações e de seus respectivos indicadores era pinçado da lista maior, compondo as ações a serem implementadas por cada ente subnacional. Em seguida, para o conjunto de indicadores escolhidos eram definidas as metas numéricas a serem alcançadas em um ano. De acordo com a proposta, a escolha dos indicadores e a definição das metas deveriam levar em consideração as características e as peculiaridades de cada ente federativo.

O pacto consistia, pois, numa lista de metas para cada estado e para cada município que aderisse. O documento previa ainda as ações que deveriam ser realizadas para alcançar as metas e os indicadores pactuados. Definiu-se que o *Pacto* deveria ser refeito anualmente e criou-se, inclusive, um sistema de informação para acompanhar o progresso dos indicadores. Afinal, dada a dificuldade de acessar *a ponta*, era preciso criar um fluxo de comunicação/informação que conectasse o Ministério às realidades locais⁸¹.

Ao estabelecer objetivos de atenção e de gestão, e ao definir metas e indicadores para acompanhá-las, o Pacto pela Saúde propunha uma mudança significativa na forma de gerir e de acompanhar o processo de *descentralização* do sistema. A definição das metas era um sinal de que o Ministério passava para os estados e municípios a responsabilidade por cumpri-las, isto é, por organizar e por gerir seus estabelecimentos e serviços de saúde. Para auxiliar os entes subnacionais nesse sentido, duas outras mudanças introduzidas pelo *Pacto* foram fundamentais: a

⁸¹ No site do Sistema do Pacto pela Saúde (Sispacto) é possível acessar todas as ações e metas pactuadas por estados e municípios. Também é possível acompanhar os indicadores de cada ente, de 2007 a 2011. O site pode ser acessado em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>. (Acessado em 01 de junho de 2013).

reorganização do sistema de repasse de recursos; e, mais uma vez, uma nova tentativa de promover a *regionalização* dos serviços.

O Pacto de Gestão estabelecia mudanças importantes nos instrumentos de transferência de recursos financeiros. As Normas Operacionais deixaram como herança a pulverização dos instrumentos de repasse de recursos. Como cada norma previa um determinado “pacote” de recursos, foi criado um grande número de pequenos “pacotes” a serem transferidos, daí a pulverização dos montantes repassados. Nesse modelo, os recursos depositados mensalmente nos fundos de saúde do entes subnacionais eram calculados a partir de uma grande variedade de regras. Além disso, cada montante/”pacote” calculado objetivava cobrir gastos específicos, havendo, portanto, regras estritas para a utilização do dinheiro. A pulverização dos recursos dificultava não apenas a gestão dos entes subnacionais, mas também o acompanhamento e a fiscalização do ponto de vista do Governo Federal.

Para colocar fim à pulverização e para simplificar as formas de repasse, o *Pacto pela Saúde* unificou os repasses em cinco blocos de financiamento, que deveriam ser transferidos mensal e automaticamente, fundo a fundo, conforme previam a Constituição Federal, a Lei Orgânica e a Lei 8.142/1990. Os blocos são os mesmos que até hoje se encontram em vigor: Atenção Básica; atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; e gestão do SUS⁸².

A partir da adesão ao Pacto pela Saúde, municípios e estados passaram a receber, mensalmente, em seus Fundos de Saúde, um volume de recursos específico para cada bloco de financiamento. Em certo sentido, a organização dos instrumentos de

⁸² Como os cinco blocos previam apenas a transferência de recursos destinados ao custeio das ações e serviços de saúde, posteriormente, foi criado um bloco para o repasse de recursos a serem utilizado como investimentos, extinto antes de ser efetivamente implementado (Lima, 2012a, p.1906).

repassa de recursos de fato aumentava a autonomia dos entes subnacionais sobre os recursos, pois os gestores estaduais e municipais poderiam alocá-los conforme lhes parecesse mais conveniente – contanto que o montante da *atenção básica* fosse aplicado na *atenção básica*, o da *média e alta complexidade* fosse aplicado nas *ações de média e alta complexidade*, etc.

Por outro lado, como parte do volume de recursos repassado pelos blocos dependia da *adesão* a portarias e a políticas publicadas pelo Ministério, o Governo Federal acabava exercendo grande influência sobre a alocação dos recursos. Nessa perspectiva, grande parte do dinheiro transferido pelo Ministério da Saúde para os entes subnacionais já possuía destino específico (Lima, 2012a, p.1906). Como sugere Lima,

“mesmo que tenha havido o propósito de alterar a capacidade de gestão orçamentária dos governos estaduais e municipais, os repasses permaneceram sendo efetivados mediante sua certificação ao referido programa e a implementação das ações a que se destinam, mantendo o caráter indutório das transferências federais do SUS e o caráter regulatório do Ministério no Contexto do Pacto pela Saúde” (Lima, 2012a, p.1905).

O *Pacto pela Saúde* também representava mais uma tentativa para promover a *regionalização* dos serviços de saúde. Porém, Lima (2012a, p.1905) argumenta que, ao contrário das tentativas anteriores, o Pacto resgatava e reintroduzia a dimensão política do processo de *descentralização* e *regionalização*. Isso por dois motivos. Em primeiro lugar, por admitir que a organização local dos sistemas de saúde deveria levar em conta as diversidades nacionais e, conseqüentemente, as peculiaridades e idiosincrasias de cada local. A tentativa de respeitar as diversidades locais foi traduzida na flexibilidade admitida na escolha das ações, das metas e dos indicadores selecionados para compor o *TGD* de cada um dos entes federados que aderiam ao Pacto.

De acordo com a mesma autora, o Pacto pela Saúde também reintroduz a dimensão política por reforçar o papel das instâncias interfederativas no processo de *regionalização* e de conformação de *redes regionais intraestaduais de saúde*. O Pacto incentivou a elaboração conjunta de um planejamento regional, consolidado em um documento denominado Plano Diretor Regional (*PDR*). Promoveu, ainda, a criação de um novo espaço de negociação e pactuação interfederativa, os Colegiados de Gestão Regional (*CGRs*), compostos pelo gestor estadual e pelos gestores dos municípios que se reuniam para compor uma determinada região de saúde.

Como instância intergestores de negociação, pactuação, planejamento e gestão, os *CGRs* visavam promover a definição de objetivos compartilhados entre os municípios que compunham uma determinada região de saúde. Deveriam identificar as *necessidades regionais de saúde*, diagnosticar os limites de oferta de serviços e definir prioridades para a organização regional da rede assistencial. Nesse sentido, conforme estabelecido pelo *Pacto pela Saúde*, o principal objetivo do *CGR* era promover a mudança da lógica de planejamento e implementação das ações de saúde, incentivando uma mudança de foco do município para as regiões de saúde (Lima, 2012a, p.1906). Esperava-se que o espaço dos Colegiados Regionais de Gestão contribuíssem para que os entes federados distribuíssem entre si as responsabilidades pela oferta de serviços e ações de saúde, promovendo, assim, uma adesão articulada ao *Pacto pela Saúde*.

Lima (2012a, p.1909) afirma que entre 2006 e 2010 foram criados 417 colegiados de gestão, abrangendo 5.332 municípios e 24 estados. Segundo a autora, em muitos casos, os municípios aderiram ao Pacto de forma isolada, e a criação do Colegiado Regional de Gestão foi apenas um procedimento burocrático, que pouco contribuiu para coordenação e a *regionalização* da oferta de serviços de saúde. Em outros casos, os *CGRs* de fato promoveram a adesão ao Pacto via articulação dos municípios. Como acontecera com as Normas anteriores, as peculiaridades locais

exerceram uma influência significativa no resultado do processo de *descentralização* do SUS. Como sugere Lima,

“Mantidos o poder regulatório e de indução de políticas nacionais por meio das transferências federais, os distintos ritmos e graus de implantação do Pacto refletem, em última instância, o modo de produção da política de saúde em âmbito estadual, bem como a diversidade de amadurecimento das relações federativas em cada um dos estados brasileiros” (2012a, p.1906).

Como previsto pela Portaria que o instituiu, o Pacto pela Saúde foi anualmente repactuado até o ano de 2010. Em 2011, o processo foi praticamente interrompido. Com a mudança de governo e com a nomeação um novo Secretário para a SEGEP (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa), Secretaria responsável pelo *Pacto*, uma nova proposta para regular a descentralização e a regionalização do sistema começou a ser pensada. O novo Secretário visava elaborar um Decreto que regulamentasse a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), estabelecendo de forma mais clara a responsabilidade de cada ente federativo na organização, gestão e financiamento do sistema e saúde. Como veremos, a elaboração do Decreto será mencionada na reunião do Comitê Gestor apresentada neste capítulo. Por ora, o importante é ter em mente que as vicissitudes do processo de *descentralização* e de regionalização do Sistema Único de Saúde são o pano de fundo que deve ser levado em conta quando se discute a fase de implementação/operacionalização da Rede Cegonha. Ele explica muito dos não ditos, das entrelinhas e dos debates levantados na reunião que agora será apresentada.

3. A OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE CEGONHA

Findo os informes, Dra. Margareth anunciou que naquele dia seria apresentada a fase de *operacionalização* da Rede Cegonha. Seria a última fase do processo de

elaboração da política. Por essa razão, diferente do que normalmente acontecia, Dra. Margareth solicitou que a *Rede Cegonha* fosse apresentada em sua integridade. Diante do pedido, Dra. Frida voltou o arquivo *Power Point* da *apresentação* para o primeiro slide e começou a exposição falando sobre os problemas e as necessidades de saúde diagnosticadas para a *linha de cuidado materno-infantil*. As altas taxas de *morbimortalidade materna e infantil* e a *fragmentação da rede* eram os principais problemas identificados. A solução escolhida para atacar os problemas era a implementação da *Rede Cegonha*, política que tinha três objetivos fundamentais: (1) diminuir as taxas de *morbimortalidade materna e infantil*; (2) articular e organizar estabelecimentos e serviços de saúde em *redes regionais de atenção*, garantido a integralidade do cuidado prestado a gestantes e a seus bebês; (3) impulsionar a mudança do *modelo de atenção à saúde* da mulher e da criança, promovendo a *humanização* da atenção ao parto e ao nascimento.

Apresentados o *diagnóstico* e os *objetivos* da política, a Dra. Frida passou então às diretrizes que deveriam orientar a formulação e a implementação da *Rede Cegonha*. As diretrizes eram cinco. Quatro das cinco eram voltadas para a gestante e previam: o *acolhimento com classificação de risco* e o *encaminhamento* ao pré-natal adequado, fosse de *risco habitual* ou de *alto risco*; a vinculação da gestante ao local do parto e a garantia dos recursos necessários para o deslocamento; a garantia das *boas práticas* e da *humanização* no momento do parto e nascimento; e, finalmente, o acesso às ações de *planejamento familiar*. Havia ainda uma diretriz que concernia ao bebê, e estabelecia a garantia de atenção à saúde dos zero aos 24 meses de idade.

Após ler as *diretrizes* da política, a Dra. Frida apresentou uma sequência de slides que mostravam o percurso e a circulação da gestante pela *linha de cuidado materno-infantil*. Os slides descreviam minuciosamente o fluxo das gestantes pela Rede Cegonha: os *pontos de atenção* – estabelecimentos e serviços de saúde – pelos quais deveria passar e onde deveria ser *acolhida*; as *ações de saúde* e os *cuidados* que lhes deveria ser dispensado em cada *ponto de atenção*; as relações de *referência e contra-referência* entre os *pontos de atenção*; e a distribuição de responsabilidades entre os

profissionais de saúde ao longo de toda a Rede. Os profissionais de saúde, conforme Dra. Frida enfatizou, eram os responsáveis por *acolher* as gestantes e por garantir que acessassem os serviços de que tivessem necessidade. Eram, enfim, os responsáveis últimos para garantia da *integralidade*.

Como vimos no capítulo anterior, assumia-se que a descrição do fluxo da gestante caracterizava ela mesma os serviços e ações de saúde ofertados pelo Ministério por intermédio da *Rede Cegonha*. Não obstante, como também já vimos, a descrição da circulação da gestante pelos diversos estabelecimentos de saúde/pontos de atenção da Rede, bem como a descrição das ações de saúde que a gestante receberia em cada um desses estabelecimentos eram apenas um ideal, a *imagem-objetivo* daquilo que se pretendia alcançar com a política. Para transformá-la em realidade, o Ministério da Saúde previa uma lista de ações. No entanto, entre a lista de ações e o ideal da *imagem-objetivo*, havia um caminho longo a ser percorrido. O processo de implementação/operacionalização, com veremos neste capítulo, configura o esforço para vencer essa distância.

Dra. Frida seguiu explicando que, para garantir o *acolhimento* e a *atenção integral* à gestante, haviam traduzido todos os cuidados enumerados nos slides anteriores em uma lista de *ações*. As *ações* compunham a *oferta concreta* do Ministério da Saúde para os estados e municípios que optassem por aderir à *Rede*. Além disso, continuou, haviam previsto um montante de recursos para financiar algumas das ações da Rede. Havia recursos para *investimento* e recursos para *custeio*.

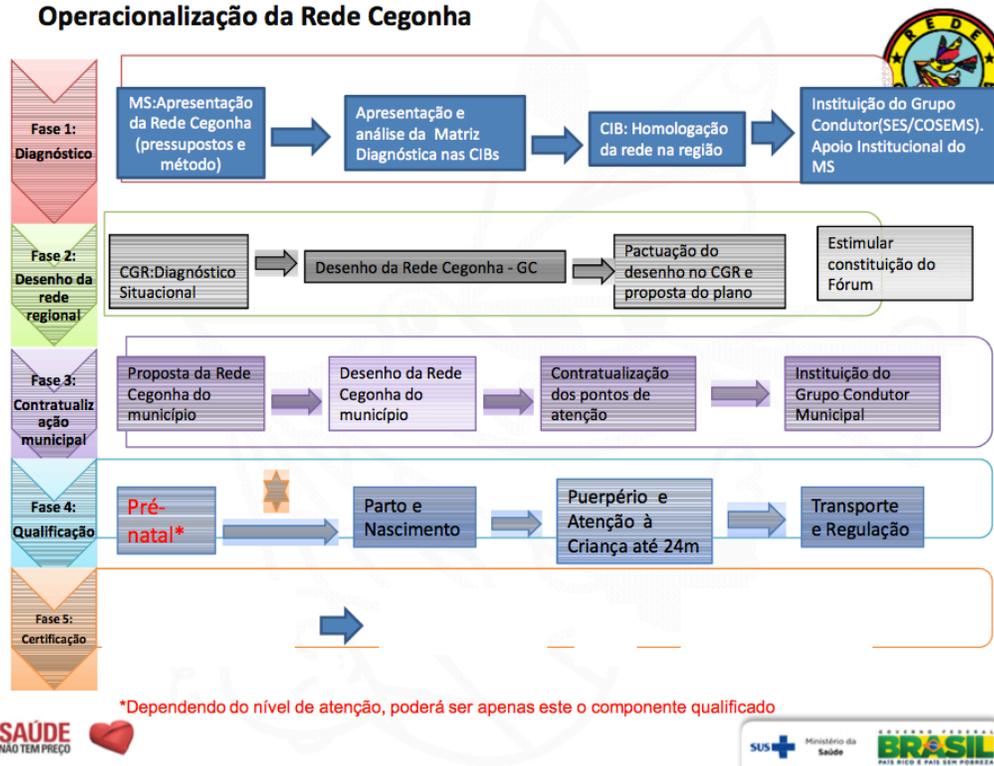
Para algumas ações, porém, o *orçamento* calculado para a *Rede Cegonha* não previa financiamento. Isso se devia a dois motivos. Na maioria das vezes, tratavam-se de ações cujo financiamento já estava previsto em outras políticas de saúde, como era claramente o caso das ações executadas pelos profissionais da *atenção básica*, cujo custeio já se encontrava embutido no pagamento do bloco do *Piso da Atenção Básica*. No entanto, havia ações para as quais de fato não estavam previstos recursos específicos. Para essas ações, o Ministério ofereceria todo o apoio técnico necessário

para assegurar sua implementação. Além disso, em alguns casos, o Ministério condicionaria o repasse de recursos para ações financiadas à execução das ações para as quais não havia financiamento. Após a definição do financiamento, a Dra. Frida anunciou, apresentariam naquele dia a proposta para a *operacionalização* da Rede.

Sobre a parede do auditório do *Edifício Premium*, um slide de *Power Point* sintetizava as cinco fases da *implementação* da *Rede Cegonha*: (1) adesão e diagnóstico; (2) desenho regional da Rede; (3) contratualização; (4) qualificação dos pontos de atenção e (5) certificação da Rede. O slide estava organizado como um fluxograma. Cada uma das cinco fases encontrava-se nomeada dentro de um box, no canto esquerdo do slide. Saindo de cada um desses boxes, setas no sentido horizontal indicavam o passo a passo de cada fase. O quadro abaixo foi retirado de da *apresentação* exibida e discutida na *CIT* no dia 28 de abril de 2011⁸³.

⁸³ As *apresentações* exibidas e discutidas na *CIT*, juntamente com as pautas das reuniões estão disponíveis no site da Comissão: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28654. (Acessado em 03 de junho de 2013).

Operacionalização da Rede Cegonha



Acompanhando o fluxograma projetado sobre a parede, a Dr. Frida explicou detalhadamente o passo-a-passo da primeira fase de *operacionalização da Rede Cegonha*: a *adesão*. Esclareceu que a *adesão* dos municípios e estados à *Rede Cegonha* seria o primeiro passo para a implementação da política no território, pois a vontade e o compromisso dos gestores locais eram imprescindíveis para dar início e para avançar no processo. Como vimos na seção anterior, conforme prescrito pela Constituição Federal e inscrito na Lei Orgânica da Saúde, municípios e estados são entes autônomos, com autoridade para definir, elaborar e implementar suas políticas públicas (inclusive as de saúde). Sem a *adesão* dos entes subnacionais, não há nada que o Ministério possa fazer.

A Dra. Frida continuou explicando que, para incentivar a adesão, era preciso divulgar a política, isto é, era preciso *apresentar a Rede Cegonha* aos estados e aos

municípios. Isso poderia acontecer de duas maneiras: reuniões amplas realizadas no Ministério, que contariam com a participação de municípios e estados convidados; ou visitas locais realizadas pelos técnicos do Ministério da Saúde, como posteriormente aconteceu na grande maioria dos casos. Testemunhei apenas uma dessas reuniões em Brasília. O encontro durou dois dias e levou a Brasília gestores, profissionais e militantes da saúde de todo o país. Foi organizado em forma de um grande Congresso ou Seminário e a principal palestra foi a apresentação da Rede Cegonha. Outras falas abordaram tecnicamente aspectos mais específicos da política – como por exemplo a importância da amamentação, o excesso de cesáreas realizadas no país, etc.

As visitas locais foram a principal estratégia de divulgação da Rede Cegonha. Antes mesmo da publicação da portaria, um extenso cronograma de viagens já havia sido elaborado. Na maioria das vezes, as visitas eram realizadas por profissionais e dirigentes da Coordenação de Saúde da Mulher e da Coordenação de Saúde da Criança. Nas visitas a municípios e estados considerados como politicamente mais relevantes, o encontro poderia contar com representantes do alto escalão do Ministério, como Diretores importantes, o Secretário da SAS ou o próprio Ministro.

A adesão dos gestores deveria ser formalizada em um documento enviado diretamente ao Gabinete da *Secretaria de Atenção à Saúde*. Como uma das estratégias da *Rede Cegonha* para garantir a *integralidade do cuidado* era a organização regional da oferta de serviços de saúde, a Dra. Frida afirmou ser imprescindível que o documento de adesão trouxesse definidos os municípios que iriam compor a *região de saúde da Rede*. Ela lembrou que, superar a fragmentação dos serviços e ações de saúde significava, justamente, incentivar os municípios a planejarem em conjunto a oferta de ações e serviços de seus sistemas de saúde. Era exatamente para incentivar o planejamento em conjunto (e não de forma isolada) que o documento da adesão também deveria apresentar um diagnóstico simplificado da região escolhida. Ou seja, o território dos municípios reunidos para compor a Rede seria considerado como uma região de saúde única, e para o

território dessa região seria realizado um diagnóstico da *situação e das necessidades de saúde*.

Como vimos no capítulo anterior, tratava-se de identificar a *situação de saúde da população* (demanda) e a capacidade de oferta de serviços de saúde (oferta). Dra. Frida explicou que o *Grupo Executivo* trabalhava para escolher os indicadores que deveriam constar no documento⁸⁴. Ela ponderou ainda que, no primeiro diagnóstico, seriam aceitos dados extraídos exclusivamente das *bases de dados nacionais*. Alertou, porém, que exigiram um segundo diagnóstico, que, com a ajuda do Ministério seria realizado *em campo*. Como havia uma grande desconfiança em relação aos dados extraídos dos sistemas de informação do Ministério, a ideia de realizar um segundo diagnóstico *em campo* visava justamente diminuir a percepção de distância entre as informações que chegavam para o Governo Federal e as coisas que de fato aconteciam *na ponta*.

⁸⁴ A portaria 1.459/2011, que institui a Rede Cegonha, traz em seu primeiro anexo o grupo de indicadores da “matriz diagnóstica” que deve compor o primeiro documento de adesão. Os indicadores são divididos em quatro grupos, e são os seguintes. Grupo 1, indicadores de mortalidade e morbidade: incidência de sífilis congênita; taxa de óbitos infantis; número absoluto de óbitos maternos por faixa etária; nascidos vivos segundo idade da mãe; porcentagem de óbitos infantis-fetais investigados; porcentagem de mulheres em idade fértil por causas presumíveis investigados. Grupo 2, indicadores de atenção: número de nascidos vivos e porcentagem de gestantes com mais de 7 consultas de pré-natal; cobertura de equipes de saúde da família; porcentagem de partos cesáreos e normais; porcentagem de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação; porcentagem de crianças com consultas preconizadas até 24 meses; porcentagem de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada; porcentagem de gestantes com todos os exames preconizados. Grupo 3, situação da capacidade hospitalar instalada: número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde; identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido e criança de alto risco; identificação dos leitos UTI neonatal existentes; identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam parto. Grupo 4, indicadores de gestão: porcentagem de investimento estadual na saúde; PDR atualizado; PPI atualizada; identificação das centrais de regulação de urgência, de internação e ambulatorial; implantação de ouvidoria do SUS no estado e na capital.

Dra. Frida explicou que, além da lista de municípios que compõem a região e do diagnóstico da *situação* e das *necessidades de saúde*, os documentos de adesão enviados à SAS também deveriam trazer anexadas as atas da reunião da *Comissão Intergestores Bipartite* e da reunião do *Colegiado de Gestão Regional* do dia em que teria sido aprovada a definição das regiões de saúde para a implementação da Rede. Ela reiterou que a *Rede Cegonha* se pretendia universal e deveria ser implantada em todo o território nacional até o ano 2016. No entanto, para dar início ao processo, seria necessário priorizar algumas regiões em detrimento de outras. Daí, segundo explicou, a complexidade do momento de adesão.

Não se tratava apenas de convencer os municípios isolados a aderir. Era preciso que gestores municipais articulassem entre si para compor uma região de saúde. Mais que isso, era preciso que negociassem o papel de cada município da Rede, definindo os serviços de *referência* e a grade de *referência* e *contra-referência*. Os municípios deveriam comprometer-se uns com os outros e responsabilizar-se por ofertar os serviços e ações de saúde pactuados. Dra. Frida reiterou que era por essa razão que as atas das reuniões da *CIB* e dos *CGR* eram tão importantes. Elas sinalizavam ao Ministério da Saúde a negociação e pactuação entre os gestores locais. Para eles, serviriam com uma espécie de contrato.

A aprovação da *CIB* e do *CGR* eram fundamentais. Como o *território da rede* e as responsabilidades dos gestores seriam determinados no momento da *adesão*, a definição demandaria negociações e acordos entre os diferentes gestores locais. Dra. Frida ponderou que, desde o início, deveriam ficar muito claros os direitos e as obrigações de gestores municipais e estaduais: municípios que não tivessem serviços de média e alta complexidade seriam referenciados para outros municípios. Em contrapartida, gestores que dispusessem de serviços de referência deveriam disponibilizá-los – os repasses financeiros certamente contemplaria os serviços prestados à população que não fosse a sua. A Dra. Frida reiterou que já passava da hora de acabar com a prática de estabelecimentos e serviços de saúde que mandam usuários para casa por não serem residentes do municípios.

Com a região de saúde onde seria implementada a Rede Cegonha aprovada e homologada na CIB e no CGR, e tendo o documento sido encaminhado à SAS, o passo seguinte da implementação da Rede Cegonha seria a criação do *Grupo Condutor Estadual*. O *Grupo Condutor Estadual* deveria ser formado por representantes das SES (*Secretaria Estadual de Saúde*), representantes do COSEMS (*Conselho de Secretários Municipais de Saúde*) e por um *apoiador institucional* do Ministério da Saúde⁸⁵. Sua principal responsabilidade seria a de coordenar e viabilizar a implementação da *Rede Cegonha*. A Dr. Frida explicou que, para que a Rede Cegonha de fato se tornasse uma realidade dos territórios, seria preciso mobilizar grande quantidade de pessoas: políticos locais, secretários de saúde, dirigentes de serviços de saúde e, sobretudo, os próprios profissionais de saúde. O trabalho do *Grupo Condutor* seria exatamente o de propiciar o diálogo entre todas as instâncias envolvidas. Deveriam identificar antipatias, resistências e pontos de conflito, ficando responsáveis por trabalhar para superá-los. Além disso, ficava sob responsabilidade do Grupo o acompanhamento e monitoramento do processo, bem como o diálogo estabelecido com o *Ministério da Saúde*.

Como vimos no segundo capítulo desta tese, a concepção e a implementação de uma política de saúde envolve a mobilização de uma grande cadeia de pessoas. Inicialmente, mobiliza os dirigentes e profissionais do Ministério da Saúde, precisa vincular os dirigentes e gestores subnacionais, até sensibilizar os responsáveis por administrar os estabelecimentos e os próprios profissionais de saúde. Nesse sentido, os grupos condutores também podem ser compreendidos como mais um esforço para mobilizar, articular, coordenar e sensibilizar pessoas. Trata-se da criação de mais um espaço de incubação de poder, entusiasmo, esperança, interesse, como

⁸⁵ *Apoiadores institucionais* foram designados para acompanhar a implementação de todas as Redes formuladas pelo Ministério a partir do primeiro semestre de 2011. Trata-se de um profissional do Ministério que fica como ponto focal para os gestores locais no Ministério. O apoiador também é responsável por visitar o território da Rede e por facilitar a articulação entre os atores envolvidos em sua implementação.

argumentamos em relação ao Comitê Gestor, cujo objetivo é concentrar e difundir eficácia – pela capacidade de mobilizar pessoas e recursos.

Dr. Frida passou então à apresentação da segunda fase da *operacionalização da Rede Cegonha*: a elaboração e homologação do *desenho regional da Rede*. Explicou que esta seria a fase na qual a rede seria efetivamente desenhada e concebida, isto é, quando seria decidido em quais serviços de saúde a Rede Cegonha iria intervir (hospitais, ambulatorios, postos de saúde/Unidades Básicas de Saúde), com que propósito, e como isso seria feito. Esperava-se que, ao terminar a segunda fase de implementação, o *Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha* tivesse em mãos um documento detalhado de onde e como intervir. Esse documento seria o *Plano de Ação da Rede Cegonha*.

Conforme explicou a Dr. Frida, antes de elaborar o *Plano de Ação*, era preciso preparar três documentos: (1) um diagnóstico detalhado sobre a *situação de saúde de mulheres e crianças* no território; (2) um diagnóstico da capacidade e das carências de *oferta de serviços de saúde da região*; (3) um *desenho* de como a *Rede Cegonha* deveria idealmente estruturar-se. O *Plano de Ação* – produto final da segunda fase de *operacionalização da Rede* – deveria ser o resultado da ponderação entre os três documentos: o *desenho da Rede* seria uma resposta às *carências de oferta*, determinando a criação ou intervenção nos serviços de saúde necessários para melhor responder à *situação* e às *necessidades de saúde* das mulheres e crianças do território em questão. Cada um dos documentos corresponde a um dos termos da equação do *cálculo de necessidades de saúde* apresentada no terceiro capítulo desta tese.

O primeiro documento, diagnóstico da *situação de saúde* deveria apresentar dados demográficos e epidemiológicos das condições de saúde de mulheres e crianças da região demarcada. Os dados deveriam incluir, sobretudo, *indicadores de morbimortalidade* de mulheres em idade fértil, gestantes, recém-nascidos e crianças

com até dois anos de idade. A análise das *condições de saúde* permitiria identificar as *necessidades de saúde* e a *demanda* por serviços na *linha de cuidado materno-infantil*.

O segundo documento deveria reunir dados e elaborar uma análise da *oferta* dos serviços de saúde disponíveis e em funcionamento. Assim, deveria quantificar a capacidade de *oferta de serviços de saúde* nos diferentes estabelecimentos e serviços da região: na Atenção Básica; nos estabelecimentos de alta e média complexidade; no serviços de apoio diagnóstico, na vigilância epidemiológica, no transporte, nas centrais de regulação, etc. Previa-se, finalmente, um diagnóstico da capacidade de *gestão* dos municípios, e por isso o documento também deveria apresentar dados sobre as *centrais de regulação* (urgência, consulta e leitos), sobre a realização de *auditorias* e a atuação do *controle externo*.

O *desenho final da Rede Cegonha* era o terceiro documento fundamental para a elaboração do *Plano de Ação*. O *desenho* deveria ser o produto final da segunda fase de *implementação* da Rede. O documento deveria identificar todos *estabelecimentos e serviços de saúde* que iriam compor a Rede, bem como as competências, atribuições e responsabilidades de cada um. O *desenho da rede* apontaria cada *ponto de atenção* que ofertaria *ações de saúde* a gestantes e crianças, bem como todas as *ações* que deveriam ser ofertadas.

Conforme explicou a Dra. Frida, a elaboração do desenho da Rede deveria considerar não apenas os serviços existentes, mas aqueles que, com os recursos ofertados pela política, poderiam vir a existir. Assim, o *desenho da Rede* deveria ainda especificar os serviços de saúde existentes e aqueles que deveriam ser criados com o objetivo de cobrir as necessidades de saúde de toda a população. Além disso, deveria especificar a *grade de referência e contra-referência* entre os serviços – no interior de um mesmo município e entre diferentes municípios. Era a *grade de referências e contra-referências* que garantiria o fluxo de gestantes, bebês e crianças pelos serviços de diferentes *níveis de complexidade*. Nesse sentido, a Dra. Frida enfatizou mais uma vez, o compromisso dos gestores com o cumprimento dos

acordos previstos pela *grade* era fundamental para assegurar a *integralidade do cuidado*.

Finalmente, a partir dos três documentos mencionados – diagnóstico da situação de saúde, diagnóstico da capacidade de oferta e desenho da Rede Cegonha – o *Grupo Condutor Estadual* e as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, com apoio do Ministério da Saúde, deveriam elaborar o *Plano de Ação* para *implementação* da *Rede Cegonha*. O *Plano de Ação* deveria listar todas as ações necessárias para reorganizar os serviços de saúde da região para conformar o *desenho regional da Rede*. Deveria especificar as responsabilidades e os aportes financeiros do Ministério, dos estados e dos municípios. Deveria ainda apresentar uma lista detalhada de tudo o que deveria ser feito para implementar a Rede: todos os atores a serem mobilizados, todas as mudanças a serem realizadas nos estabelecimentos já existentes, todas as ações necessárias à criação de novos estabelecimentos e novos serviços de saúde.

Dra. Frida lembrou que a *Rede Cegonha* pretendia regionalizar os serviços de saúde da *linha de cuidado materno-infantil*. Para isso, era fundamental que gestores municipais e gestores estaduais estivessem de acordo com cada pormenor do processo. Por isso, reiterou mais uma vez, era importante fortalecer as instâncias intermunicipais de negociação e gestão da saúde. Assim, tal como o documento de adesão, o *Plano de Ação Regional da Rede Cegonha* deveria ser apreciado e pactuado no *Colegiado de Gestão Regional* (CGR) da região onde a *Rede* seria implementada. Após a aprovação nessa instância, o documento seria encaminhado ao Ministério da Saúde. Paralelamente, a partir das responsabilidades definidas pelo *Plano de Ação Regional*, cada município daria início à elaboração de seu *Plano de Ação Municipal*.

Dra. Frida explicou que um último passo estava previsto na segunda fase de operacionalização da Rede: a criação de um *Fórum Rede Cegonha* em cada região de saúde. O fórum deveria contar também com um *Comitê de Investigação de Mortalidade Materna*. O fórum não seria obrigatório, mas, conforme a Dra. Frida enfatizou, era importante que sua criação fosse incentivada pelo *Grupo Condutor*. Ela

explicou que os fóruns funcionariam como instâncias de mobilização dos profissionais de saúde, sensibilizando-os da importância da transformação de suas práticas. Ela reiterou que era relativamente fácil reformar as maternidades ou construir *Centros de Parto Normal*. Difícil, ponderou, era a transformação do modelo de atenção, isto é, a transformação da atitude e das práticas dos profissionais em relação às mulheres, bebês e crianças. Ela repetiu mais uma vez que somente a mudança das práticas de trabalho levariam à transformação do modelo, que incluía o a *redução da cesárea, o respeito à gestante como sujeito capaz de escolher a posição do parto, a redução da mortalidade materna, etc.* A mudança das práticas, por sua vez, exigia motivação e vigilância constantes.

Para Dra. Frida, os fóruns deveriam ser encontros com frequência pré-definida, reunindo Deveriam reunir dirigentes, gestores, profissionais da saúde e, principalmente, usuários do SUS e membros da sociedade civil organizada. O objetivo dos encontros seria propiciar a troca de experiências entre as instituições de saúde e, assim, promover e incentivar a adoção das diretrizes e do modelo de saúde preconizado pela *Rede Cegonha*. Além disso, os fóruns poderiam promover a discussão dos casos e a criação dos *comitês de mortalidade materna e infantil*, responsáveis por investigar as causas de morte materna e infantil. Dra. Frida ressaltou que o grande objetivo da *Rede Cegonha* era a transformação do *modelo de atenção ao parto e nascimento*. Tratava-se de um objetivo ambicioso, ponderou, que só seria alcançado com a *sensibilização* e o engajamento de todos os profissionais – da atenção e da gestão – envolvidos na produção da saúde.

Dra. Frida se preparava para dar continuidade à apresentação quando foi interrompida por Heloísa, assessora do *DAI* (Departamento de Articulação Interfederativa) da *SGEP* (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa). Antes que pudesse começar a falar, porém, Heloísa também foi interrompida. Educadamente, a Dra. Margareth lhe pediu que deixassem questões e comentários para o final da apresentação, quando abririam para as discussões e os debates.

Heloísa ignorou o pedido e insistiu na tentativa de intervenção, aumentando a voz até que as outras se abafassem e ela se fizesse ouvida.

Agitada, Heloísa afirmou que, ainda nas primeiras reuniões do *Comitê Gestor* da Rede Cegonha, ela havia chamado a atenção para a necessidade de se *alinhar* os processos da *SAS* e da *SGEP*. Afirmou que, como todos sabiam, desde a posse do novo Secretário da *SGEP*, toda a Secretaria estava empenhada na elaboração de um *Decreto Presidencial*. O Decreto, continuou, finalmente regulamentaria a Lei 8.080/1990 – a Lei Orgânica da Saúde – e trataria de uma de uma vasta gama de assuntos, dentre eles a descentralização, a hierarquização, a constituição das regiões e a regionalização do Sistema Único de Saúde. Heloísa seguiu explicando que, imediatamente após a publicação do *Decreto*, todas as mais de 400 regiões de saúde do país seriam redesenhadas, e assegurou que, para a reorganização das *regiões intraestaduais de saúde*, a *SGEP* já havia dado início às conversas com estados e municípios⁸⁶. Como o Secretário da *SGEP* costumava falar, acrescentou, o *Decreto* seria o trilho sobre o qual correriam os trens das *Redes Regionais de Atenção*. Isto é, o *Decreto*, as regiões de saúde e a sistemática de pactuação e planejamento que ele previa deveriam funcionar como a estrutura sobre a qual as Redes seriam elaboradas. Era interessante que elas (as Redes) respeitassem as demarcações regionais previstas pelo *Decreto*; assim como era importante que se constituíssem a partir dos instrumentos de gestão e planejamento concebidos pela norma então em processo de elaboração.

Agora, Heloísa continuou, parecia-lhe estranho que os processos de *implementação* da *Rede Cegonha* não fizessem referência nem às *regiões intraestaduais de saúde* redefinidas com o apoio da *SGEP*, nem aos instrumentos e às ferramentas de

⁸⁶ Um mapa com as 435 *regiões intraestaduais de saúde*, tal como ficaram definidas após o Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, pode ser encontrado na página da *SGEP* (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa): http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=40354. (Acessado em 28 de março, 2013).

pactuação interfederativa e de elaboração do planejamento em saúde previstos pelo Decreto. Tal como apresentavam, tudo indicava que as *regiões de saúde* para a *implementação* da Rede Cegonha poderiam ser definidas livremente, de acordo com as afinidades e vontades dos gestores locais.

Combativa, Heloísa criticou a *liberalidade* com que estavam concebendo as *regiões* onde seria implementada a Rede, e afirmou que isso só faria aumentar a já existente confusão, fragmentação e superposição da distribuição territorial dos *estabelecimentos* e *serviços* de saúde. Para ela, as implicações seriam desastrosas. Provavelmente teriam o território nacional espartilhado em uma grande variedade de *regiões de saúde* que não coincidiriam entre si: aquelas definidas com o apoio da *SGEP*, as regiões definidas para a Rede Cegonha, provavelmente outra para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, outra para Rede de Atenção Psicossocial, e outras para as demais redes em processo de formulação. As piores consequências, continuou, seriam sentidas nos instrumentos formais de planejamento. No médio prazo, teriam regiões e planejamentos fundamentados no *Decreto* e, paralelo a eles, regiões e planejamentos construídos a partir das Redes, regulamentados por outros instrumentos jurídicos – os documentos que apresentavam naquela região. Heloísa afirmou que compreendia porque estados e municípios às vezes reclamavam da complexidade e da desorganização das diretrizes oriundas do Ministério da Saúde. A duplicidade e sobreposição que se estava construindo seria para eles uma grande confusão. Finalmente, concluiu a intervenção alegando ter-se perdido a ideia inicial das reuniões da Rede Cegonha, quando um dos objetivos explícitos do Comitê Gestor da Rede Cegonha era acabar com a fragmentação no interior do Ministério e coordenar a construção e implementação de políticas entre as diferentes Secretarias.

Momentos de tensão vez ou outra se instalavam nas reuniões do *Comitê Gestor da Rede Cegonha*, mas um desconforto incomum tomava conta do ambiente quando discordâncias em relação a determinados temas eram trazidas à tona de forma muito explícita. As reuniões do *Comitê Gestor da Rede Cegonha*, bem como as

reuniões dos *Comitês Gestores* de outras redes em elaboração, eram espaços que, de fato, agrupavam profissionais com inúmeras formações, provenientes de várias áreas do Ministério da Saúde, e davam oportunidade para que todos os participantes contribuíssem no processo de elaboração da política. É verdade que, por diferenças de afinidades e prestígio, as intervenções de alguns dos participantes pareciam mais respeitadas que outras. Não obstante, todas as dúvidas e sugestões eram ouvidas, discutidas e ponderadas. Não raro, o *Grupo Executivo* prometia estudar sugestões dadas, e, não raro, incorporavam-nas na *apresentação* da semana seguinte. Por outro lado, havia alguns temas (poucos) para os quais o debate amplo e aberto parecia vetado. A questão do aborto era um deles; a definição das regiões era outra. Quando se faziam presentes, esses temas geravam silêncios embaraçosos semelhantes ao constrangimento causado por aquelas ordens, definições ou proibições que vinham *de cima*, mas que ninguém (ou pelo menos a vasta maioria) sabia exatamente de onde vinham – embora cada um tivesse a sua própria teoria.

Aos poucos, comecei a perceber que esses silêncios e constrangimentos, essas determinações e/ou proibições, na grande maioria das vezes, eram causadas pelos interstícios em que a rotina da burocracia se encontrava com a política. Não com a micropolítica presente em cada reunião, em cada interação do dia-a-dia, mas com a política das eleições e dos partidos. Em muitos casos, o grande poder que vinha *de cima* ou o tabu em relação a determinados assuntos estavam relacionados a promessas de campanha, a acordos do partido dirigente com a base aliada, a disputas internas dentro do próprio partido (e do Ministério), a pretensões de candidatura de dirigentes etc. Desse modo, a política eleitoral, a relação entre os partidos, as eleições dos anos seguintes, as disputas de poder internas ao Ministério faziam-se a todo o tempo presentes, mas apresentavam-se na forma de um espectro em reuniões como a do *Comitê Gestor da Rede Cegonha* (e mesmo em reuniões menores). Sobre esses temas nunca se falava abertamente.

Dra. Margareth pediu a Heloísa que se acalmasse, pois o problema não era tão grande quanto ela apresentava. Esclareceu que as dificuldades para ajustar o tempo

do *Decreto* com o tempo das Redes haviam sido expostas no momento mesmo que que *SAS* começou a frequentar as reuniões da *SGEP* para a elaboração do Decreto. Afirmou que os Secretários das duas Secretarias já haviam conversado entre si e que, portanto, dirigentes da *SGEP* e da *SAS* já estavam cientes do problema que ela acabara de apontar. Em relação às regiões, Dra. Margareth enfatizou que, no momento inicial, era importante que municípios encontrassem uma liberdade relativa para articular a conformação das Redes, pois era preciso respeitar a *singularidade de cada território*. Mais adiante, reuniriam esforços para integrar a organização e a implementação das Redes Regionais de Atenção à Saúde às definições e aos instrumentos jurídicos previstos pelo Decreto. Na verdade, concluiu, com as redes implantadas e em funcionamento, a transição aconteceria naturalmente. Feita a observação, a Dra. Margareth repassou a palavra para a Dra. Frida, para que desse continuidade à apresentação do processo de *operacionalização da Rede Cegonha*.

A terceira fase de *implementação da Rede Cegonha* teria dois objetivos: em primeiro lugar, a elaboração o desenho da rede municipal e do *Plano de Ação Municipal*; em segundo lugar, a *contratualização dos pontos de atenção* responsáveis por ofertar os serviços previstos pelo desenho municipal da Rede. A Dra. Frida explicou que a terceira fase deveria ter início com a criação do *Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha*. O *Grupo* deveria contar com a participação de profissionais da gestão e da atenção e era imprescindível que as seguintes áreas estivessem representadas: a Atenção Básica; a Saúde da Mulher; a Saúde da Criança, do jovem e do adolescente; a Atenção Especializada, a Vigilância e a área responsável pela Regulação. O *Grupo Condutor Municipal* ficaria responsável por planejar, implementar e monitorar as ações da *Rede Cegonha* no município.

Sendo assim, uma vez criado, a primeira atribuição do *Grupo Condutor Municipal* seria a elaboração do desenho e do *Plano de Ação Municipal da Rede Cegonha*. Conforme a Dra. Frida explicou, apesar da importância e dos esforços para realizar um planejamento regional da *Rede*, em última instância, a *operacionalização*

aconteceria no território dos municípios, em estabelecimentos e serviços de saúde sob responsabilidade de municípios e de estados. Assim, a *implementação do planejamento da rede* antes elaborado em nível estadual e regional demandava, também, a consolidação desse mesmo planejamento em *documentos e instrumentos* municipais. Para dar prosseguimento à *operacionalização da Rede Cegonha*, a primeira tarefa do Grupo Condutor Municipal consistia justamente em desmembrar os documentos regionais em suas versões municipais, de acordo com as responsabilidades que o documento regional previa para cada município.

Assim, um desenho municipal da Rede Cegonha deveria ser elaborado a partir do desenho regional; e um Plano de Ação Municipal deveria derivar do Plano de Ação Regional. Desse modo, cada gestor – municipal e estadual – teria clareza dos serviços de saúde que teriam de mobilizar. Dra. Frida explicou ainda que esse processo garantiria que os municípios gestores dos serviços de referência já se programassem para receber os usuários de municípios menores, cujo porte não comportava a oferta de serviços de média e alta complexidade, garantindo, assim, a *continuidade do cuidado*. Os *Planos de Ação* orientariam o repasse de recursos, o monitoramento e avaliação da Rede Cegonha.

O passo seguinte, conforme explicou a Dra. Frida, seria a *contratualização dos pontos de atenção da Rede*. A *contratualização* seria o meio pelo qual os gestores municipais e estaduais definiriam *metas de atenção* qualitativas e quantitativas a serem cumpridas pelos *pontos de atenção/estabelecimentos* de saúde sob sua responsabilidade. As metas deveriam basear-se nas definições estabelecidas pelos Planos de Ação Regionais e Municipais, ou seja, elas estimavam serviços/ações e quantidades que os estabelecimentos deveriam ofertar em um ano. Cada meta seria acompanhada por um *indicador* e todos os pontos/estabelecimentos de atenção seriam monitorados e periodicamente avaliados. Ao final de cada período de avaliação, a recontratualização dos pontos dependeria do atingimento das metas, e o não cumprimento dos valores estabelecidos poderia levar ao cancelamento dos recursos transferidos para a *Rede*.

Dra. Frida explicou que instrumentos diferentes seriam utilizados para *contratualização* da *Atenção Básica* e da *Atenção Especializada*. A *contratualização* e as metas do componente do *pré-natal* e do componente do *puerpério e nascimento* aconteceriam por intermédio da adesão dos municípios ao *PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica*. Ao aderir ao *PMAQ – AB*, as equipes da *Atenção Básica* de cada município se comprometeriam a atingir metas de específicas da *Atenção Básica*. Tal como previsto pelo *Programa*, as equipes seriam avaliadas periodicamente e receberiam um ajuste financeiro em conformidade com o desempenho em relação às metas. Após a avaliação, os recursos seriam incorporados no *Piso da Atenção Básica (PAB)*. A Dra. Frida explicou que, como as ações previstas para os componentes do *pré-natal* e do *puerpério* seriam *operacionalizadas* pelos profissionais da *Atenção Básica* e financiadas pelo orçamento da *Atenção Básica*, fazia mais sentido que também fossem *contratualizadas* e monitoradas por eles. Desse modo, ao aderir aos componentes do *pré-natal* e do *puerpério* da Rede Cegonha, os municípios estariam automaticamente aderindo ao *PMAQ-AB (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)*.

A *contratualização* dos componentes do parto e nascimento seguiria outra lógica. Nesse caso, a Dra. Frida explicou, gestores deveriam estabelecer metas de atenção, de infraestrutura e de capacitação dos profissionais a serem atingidas pelos hospitais e outros estabelecimentos de saúde. As metas deveriam refletir as *ações de saúde* previstas pelos *Planos de Ação Regional e Municipal* da Rede Cegonha e deveriam ser *contratualizadas* com todos os hospitais e estabelecimentos, tanto os públicos como também com os filantrópicos. Tal como no caso da *Atenção Básica*, as metas acordadas seriam monitoradas e avaliadas. O não cumprimento resultaria em prejuízos no repasse de recursos de Governo Federal para os municípios ou estados responsáveis pela *contratualização*, que teriam reduzidos os valores dos repasses mensais do bloco *MAC (teto da média e da alta complexidade)*. O exame das metas, a Dra. Frida adiantou, seria objeto da quarta fase de *operacionalização* da *Rede*.

Dando prosseguimento à *apresentação*, a Dra. Frida enunciou a quarta fase do processo: a *qualificação*. Ela lembrou que, tal como já havia exposto, a primeira fase da *operacionalização da Rede Cegonha* compreenderia a *adesão* dos municípios e a elaboração do primeiro *diagnóstico da situação de saúde* e da *capacidade instalada* e de *oferta de serviços de saúde* da região escolhida. A segunda fase compreenderia a preparação de um segundo diagnóstico, que deveria subsidiar a elaboração do *desenho* e do *Plano de Ação Regional*. Na terceira fase, *desenho* e *Plano de Ação Regionais* seriam convertidos em *desenho* e *Planos de Ação municipais*, cujas metas orientariam a *contratualização* dos gestores locais com os *estabelecimentos* (no caso de hospitais e maternidades) e *equipes* (no caso da *Atenção Básica*) *prestadores de serviços de saúde*. Finalmente, a quarta fase consistiria exatamente na avaliação das metas *contratualizadas*.

Dra. Frida explicou que a *Qualificação* seria baseada na avaliação das metas estipuladas no momento da *contratualização*. *Contratualizados* os *pontos de atenção*, gestores estaduais, municipais, bem como os *CGR* (Conselho de Gestão Regional) deveriam constantemente, como rotina, incentivar, viabilizar e fiscalizar tanto a realização das ações de saúde prevista pela Rede Cegonha, como também o alcance das metas estipuladas e pactuadas no momento da *contratualização*. A avaliação do cumprimento das metas seria realizada anualmente. Para cada *ponto de atenção* capaz de atingir as metas definidas, gestores municipais e estaduais teriam os *recursos para custeio* dos serviços incrementados. Além disso, de um ano para outro, os recursos poderiam ser cortados caso os *pontos de atenção/estabelecimentos* de saúde piorassem seu desempenho. No caso da *Atenção Básica*, a incorporação ou o corte de recursos seria realizado no repasse mensal do bloco do *Piso da Atenção Básica*; para os *pontos de atenção* da *Atenção Especializado*, o incremento ou corte aconteceria nos repasses mensais do bloco do *teto MAC* (*teto da média e alta complexidade*).

É interessante perceber como o instrumento da *contratualização* dos *pontos de atenção*/estabelecimentos de saúde é utilizado para aumentar a capacidade de influência do Ministério sobre os serviços locais de saúde. Como vimos, ao longo do processo de *descentralização* do SUS, a responsabilidade por gerir e por supervisionar os estabelecimentos que efetivamente prestam serviços e realizam ações de atenção à saúde foi atribuída aos estados e aos municípios. Hoje, o Ministério da Saúde atua por intermédio dos incentivos financeiros que concede a estados e municípios mediante a adesão às políticas que elabora. Como também já vimos, vincular o repasse de recursos à adesão às políticas é o principal mecanismo de que dispõe o Ministério para influenciar as políticas de saúde. Nesse sentido, o instrumento da *contratualização* é mais um mecanismo criado pelo Ministério para ampliar sua capacidade de influência.

A *contratualização* é realizada entre gestores municipais e/ou estaduais e os estabelecimentos de saúde sob sua responsabilidade, mas é monitorada pelo Ministério. Além disso, o não-cumprimento das metas acordadas implica a redução de recursos repassados do Governo Federal para os gestores locais. Assim, a *contratualização* funciona como um meio pelo qual o Ministério incentiva os gestores a facilitar, apoiar e fiscalizar a atuação dos estabelecimentos sob sua gestão, pois o mau desempenho desses estabelecimentos faz reduzir o volume de recursos recebido pelo município ou pelo estado.

No momento em que discutiam a *contratualização*, Heloísa entrevistou novamente. Disse que, devido à maneira como estavam prevendo a *pactuação* e a *avaliação* de metas, a *Rede Cegonha* certamente encontraria dificuldades para ser aprovada pela *CIT*. Na sua opinião, o CONASS e o CONASEMS dificilmente *pactuariam* um processo de avaliação que previsse o corte de recursos já incorporados nos blocos de financiamento. Além disso, acrescentou, o corte de recursos acabaria punindo as populações mais vulneráveis, justamente aquelas cujos gestores não teriam conseguido o desempenho acordado. Não estariam punindo os gestores, estariam punindo a população e certamente contribuiriam para a criação de um círculo

viciosos, pois os piores desempenhos receberiam menos recursos, e por isso teriam novamente piores desempenhos, e receberiam menos recursos, e assim por diante. Era preciso pensar em outra forma de incentivar o cumprimento das metas previstas pela *contratualização*.

Antes que a Dra. Frida começasse a responder, a Dra. Nara pediu a palavra. Ela contou que a decisão pelo corte de recursos era resultado de muitos debates e discussões e não havia sido fácil. Deixou claro que também ela tinha dúvidas sobre a viabilidade e a justeza de políticas públicas, sobretudo políticas sociais, que diminuam repasse de recursos como punição pelo não cumprimento de metas. Por outro lado, continuou, o Ministério da Saúde precisava de um instrumento para fazer cumprir as metas e as diretrizes acordadas. O instrumento escolhido era a *qualificação* e o aumento do repasse por *ponto de atenção* qualificados. A Dra. Nara afirmou que gestores municipais e estaduais contariam com recursos suficientes para fazer funcionar e para *qualificar* seus serviços de saúde. Além disso, não havia o risco de se instaurar um círculo vicioso, pois não seriam cortados os montantes regularmente repassados, mas somente aqueles incorporados como incremento pela *qualificação*. Ainda assim, os gestores só correriam risco de corte de recursos no segundo ano de avaliação caso algum *ponto de atenção* sob sua gestão não mantivesse o desempenho do ano anterior, quando teria feito jus ao incremento.

Encerrada a fala da Dra. Nara, a Dra. Frida acrescentou que, tal como a *contratualização*, o objetivo da *qualificação dos pontos de atenção* também seria o de fazer cumprir as *diretrizes* da Rede e promover a mudança de *paradigma da atenção à saúde materno-infantil* no país. Ela lembrou que o maior desafio da Rede Cegonha seria mudar, *na ponta*, as *práticas* cotidianas de atenção à saúde. E afirmou, mais uma vez, que os recursos repassados após o processo de *qualificação* deveriam ser entendidos como um prêmio para os gestores que fizessem cumprir as metas *contratualizadas*.

Finalmente, a Dra. Frida passou à apresentação da quinta e última fase da *Rede Cegonha*, a *Certificação*. Tal como a *Qualificação*, a *Certificação* também ocorreria anualmente, mas havia uma diferença conceitual entre as duas fases. Conforme explicou, a fase da *Qualificação* avaliaria o desempenho de cada componente da Rede de forma isolada. Verificaria, por exemplo, o cumprimento das metas de pré-natal, o cumprimento das metas de redução de cesárea, a disponibilidade de leitos por habitantes, etc. A *Certificação*, por sua vez, consistiria na avaliação do funcionamento da Rede como um todo. Sem dúvida, consideraria a *estrutura física* disponível, as *habilidades dos profissionais* de saúde e o cumprimento das metas *contratualizadas*. Contudo, a Rede Regional somente receberia o selo de *Certificação* se estivesse de fato funcionando como Rede, isto é, se estivesse garantindo a *integralidade do cuidado*, viabilizando a circulação do usuário pelo serviços de saúde em conformidade com suas necessidades⁸⁷. A Dra. Frida ponderou, contudo, que a metodologia para o processo de *Certificação* ainda estava por fazer e que, provavelmente, o processo teria de ser posteriormente detalhado em uma portaria específica.

Finda a apresentação da quinta fase de implementação da Rede Cegonha, estava encerrada a apresentação da *operacionalização* da Rede Cegonha, e a Dra. Margareth abriu a reunião para o momento do debate, quando perguntas poderiam ser feitas e sugestões poderiam ser emitidas. Inesperadamente, a Dra. Frida foi a primeira a intervir. Afirmou ter tido dúvidas no momento em que apresentou a primeira fase da *operacionalização* da Rede. Sabia que profissionais da *área técnica da Saúde da Mulher* estavam conversando com o pessoal do DRAC e da *Atenção Básica* sobre a viabilidade de a adesão e o primeiro diagnóstico da região serem realizados *online*,

⁸⁷ É importante notar que a *contratualização*, a *qualificação* e a *certificação*, não foram concebidos exclusivamente para a implementação e operacionalização da Rede Cegonha. São, na verdade, instrumentos de incentivo de melhoria da qualidade do serviços já há muito tempo adotados pelo Ministério – e mesmo pelo setor privado da saúde, no caso da certificação.

mas ainda não havia sido informada sobre o desfecho da conversa. Ela queria saber como andava o processo.

A dúvida da Dra. Frida foi respondida por Nuno, um dos dirigentes do Departamento de *Regulação, Avaliação e Controle (DRAC)*. Nuno explicou que o DRAC estava desenvolvendo um Sistema de Informação por intermédio do qual os municípios poderiam aderir à *Rede Cegonha*. Tal como haviam imaginado, programariam o sistema para que, a partir do número de mulheres em idade fértil de cada município e/ou região de saúde, o sistema fizesse os cálculos para estimar a necessidade de oferta de serviços – número de consultas, leitos, cobertura da *atenção básica*, etc. Além disso, o sistema seria dividido em dois módulos. Um primeiro módulo, mais complexo, seria utilizado para a adesão regional, isto é, quando, tal como explicado pela Dra. Frida, os municípios se reunissem em uma *região de saúde* e aderissem em conjunto. Um segundo módulo, mais simples, seria disponibilizado para a *adesão simplificada*, quando municípios isolados aderissem exclusivamente aos componentes operacionalizados pela *Atenção Básica* – os componentes do *pré-natal* e do *puerpério*.

Gabriela, uma jovem profissional da Coordenação de Atenção à Saúde da Criança mantivera o dedo levantado ao longo de boa parte da apresentação. Ao final da fala de Nuno a palavra finalmente lhe fora concedida. Gabriela explicou que havia ficado confusa desde o momento em que fora apresentada a terceira fase de *operacionalização da Rede Cegonha*, a *contratualização*. Não havia entendido ao certo a que a Dra. Frida se referia quando apontou que a *contratualização* dos componentes do *pré-natal* e do *puerpério* poderiam acontecer separadamente da *contratualização* dos demais componentes. Explicou que a confusão só aumentara com o relato de Nuno, segundo o qual haveria um sistema de informação para a *adesão regional* e outro para a adesão de *municípios isolados*. Então, Gabriela continuou questionando, então permitiram que municípios aderissem isoladamente à *Rede Cegonha*? Quem garantiria a retaguarda hospitalar e o acesso aos serviços da Atenção Especializada da média e da alta complexidade aos municípios que

aderissem apenas aos componentes da *Atenção Básica*? Isso não iria drasticamente de encontro à proposta da política, que era organizar a *linha de cuidado materno-infantil em redes regionais*?

A Dra. Nara respondeu que, como Gabriela deveria saber, poucos municípios estavam habilitados na *Gestão Plena da Saúde*, ou seja, esses municípios eram responsáveis apenas pela gestão da Atenção Básica em seus territórios. Conforme explicou, isso era normal e não se esperava que estivessem habilitados para gestão de serviços de média e alta complexidade. Não poderiam lançar uma *política materno-infantil* que deixasse de fora grande parte dos municípios do país, habilitados apenas na *Gestão Plena da Atenção Básica*. Por essa razão, pensaram que seria interessante incluir uma modalidade de *adesão facilitada* à Rede. Assim, a princípio, os municípios poderiam aderir isoladamente aos componentes *operacionalizados* pela Atenção Básica – pré-natal e puerpério. Mais tarde, nada lhes impediria de organizar-se em regiões de saúde e refazer *adesão* em conjunto. Ademias, a Dra. Nara conclui, havia a meta estabelecida pela Presidenta de concluir a implementação do componente pré-natal da *Rede Cegonha*. Era preciso fazer cumpri-la.

A adesão isolada de municípios a Rede Cegonha despertou o descontentamento de muitos outros profissionais. Tive a impressão de que, depois de alguns meses de reuniões, profissionais e dirigentes passaram a reconhecer as decisões que poderiam ser questionadas daquelas que não poderiam ser revertidas. Desse modo, houve manifestações e reclamações de descontentamento, mas o debate não foi prolongado.

Encerradas as conversas paralelas, a Dra. Margareth perguntou se havia ainda questões ou dúvidas para esclarecimento. Muita horas já haviam se passado desde o começo da reunião e, como acontecia todas as semanas, parte dos participantes já havia deixado o encontro e outro parte, cansada, evitava participar, temendo que a reunião ainda se estendesse por muito mais tempo. Por essa razão, a pergunta da

Dra. Margareth foi respondida com entreolhares e com um silêncio. Diante da mudez dos participantes, a Dra. Margareth deu a reunião por encerrada.

4. A POLÍTICA COMO TRADUÇÃO E COMO PRODUÇÃO DE EFICÁCIA

Com a *apresentação da implementação/operacionalização da Rede Cegonha* encerrava-se mais uma fase do processo de elaboração da política. Os passos seguintes seriam a preparação da portaria (escrita a partir dos slides da *apresentação do Power Point*) e a pactuação da política completa e da Portaria redigida na Comissão Intergestores Tripartite.

O fim do processo de elaboração da Rede Cegonha deu início a um momento de euforia, com muitos profissionais motivados e ansiosos por *colocar a política na rua*. Por outro lado, definidos os passos para a *operacionalização* da Rede Cegonha, vi muitas pessoas manifestarem insatisfação com o resultado final da política, não apenas nas reuniões do Comitê Gestor, mas também nos espaços cotidianos de trabalho. Essa insatisfação, a meu ver, reflete a distância entre a política idealizada e aquilo que efetivamente o Ministério pode fazer acontecer.

Como vimos, a Rede Cegonha consolidada na Portaria é a conclusão de um processo longo e permeado de percalços. Ela foi construída aos poucos, pelos acréscimos e cortes impressos na *apresentação* enquanto o arquivo *power point* circulava por espaços internos e externos ao Ministério da Saúde. O texto inscrito na norma é o produto de uma séria de sugestões, de uma gama variada de contribuições, de críticas e, eventualmente, de alguns vetos e de algumas imposições. Tendo circulado por tantos espaços e tendo sofrido tantas intervenções, o resultado final não poderia corresponder à política idealizada por nenhum dirigente ou profissional do Ministério da Saúde. A política consolidada e inscrita na portaria é, como já sugerimos, produto da mobilização de inúmeras expectativas, esperanças e interesses; é, enfim, o desfecho de inúmeras apostas.

Outra maneira de perceber a formulação da Rede Cegonha é entendê-la como um processo de sucessivas traduções. Nessa perspectiva, o resultado final se distancia da política inicialmente imaginada, porque, como vimos ao longo deste trabalho, a política como ideia precisa ser transformada – e traduzida – em instrumentos que viabilizem sua operacionalização, isto é, em mecanismos capazes de transformá-la em *ação* e em práticas que efetivamente imprimam mudanças sobre a realidade.

No processo de formulação da *Rede Cegonha*, a primeira tradução ocorreu no momento em que se identificou o problema a ser atacado pela política, quando os dados colhidos *na ponta* pelos sistemas de informação descentralizados foram processados e se transformaram em estatísticas nacionais, indicando taxas excessivamente altas de morbimortalidade materna e neonatal. Uma segunda tradução foi realizada no momento em que uma causa foi apontada para explicar estatísticas nacionais. Os conhecimentos e as experiências dos profissionais e dirigentes do Ministério sobre a história do SUS e sobre o modo de funcionamento do Sistema *na ponta* foram associados e generalizados, criando a informação segundo a qual combater a fragmentação do sistema *na ponta* (e também no interior mesmo do Ministério) e influenciar a *transformação do modelo assistencial* eram maneiras poderosas para fazer diminuir as taxas de morbimortalidade materna, infantil e neonatal.

Em uma primeira etapa, as traduções foram realizadas para transformar as leituras sobre a *realidade da ponta* em um problema de política nacional, e a Rede Cegonha foi desenhada com o objetivo de transformar essa realidade indesejada. Desse modo, uma realidade ideal foi imaginada e, a partir de então, sucessivas traduções aconteceram para que a Rede Cegonha inicialmente pensada se transformasse em uma política *concreta* e viável do ponto de vista dos instrumentos de implementação de que dispõe o Ministério da Saúde.

O desenho do que viria a ser a *Rede Cegonha* teve início com a elaboração de um ideal, uma *imagem-objetivo* daquilo que deveria ser a *atenção materno-infantil na ponta*. Essa *imagem-objetivo* foi descrita pelo fluxo da gestante ao longo da Rede e corresponde à circulação da gestante por todos os estabelecimentos e serviços de saúde de que necessita. A *Rede Cegonha* foi pensada a partir do pressuposto de que o *modelo de atenção* seria transformado e as taxas de morbimortalidade cairiam caso a política idealizada fosse implementada. Não obstante, como vimos, a efetivação da política depende da transformação das práticas dos profissionais de saúde da *ponta*. Em última instância, são eles os responsáveis por *acolher* as gestantes e por garantir que tenham acesso aos cuidados de que necessitam. São eles os responsáveis por identificar as *necessidades de saúde* da gestante e por fazê-las circular pelo sistema.

Nesse processo, os dirigentes (prefeitos e governadores) e os gestores locais (secretários estaduais e municipais de saúde) também desempenham um papel fundamental, pois, como vimos, dada a descentralização do Sistema Único, compete a eles organizar, gerir e supervisionar os estabelecimentos e serviços de saúde. Sendo assim, no momento de formulação da política, uma questão fundamental se colocava: dado que para tornar-se realidade a Rede Cegonha (assim como outras políticas do Ministério) precisava envolver os dirigentes, os gestores locais e os profissionais de saúde *da ponta*, o que poderia ser feito, desde Brasília, pelo Governo Federal? Como o Ministério da Saúde poderia contribuir para fazer implementar a política que então elaborava?

Ao longo do processo de formulação, esse ponto foi inúmeras vezes introduzido pelas intervenções de Luiza, assessora do Gabinete do Ministro, que desde o início das reuniões do Comitê Gestor da Rede Cegonha levantou questões sobre as *ações concretas* do Ministério da Saúde. A superação do hiato entre a política idealmente descrita pelo fluxo da gestante e a lista de ações potencialmente realizáveis pelo Ministério foi outro momento crucial do processo de tradução – tratava-se de

traduzir aquilo que se esperava ver realizado *na ponta* em *ações* que poderiam ser efetivamente implementadas pelo Ministério.

Como vimos ao longo desta tese, a *imagem-objetivo* da gestante circulando pela *linha de cuidado materno-infantil* foi traduzida em uma lista de ações. Nessa passagem, o processo de formulação sofreu também uma virada de perspectiva, e a política deixou de ser pensada a partir do ponto de vista da gestante, sua beneficiária, e passou a ser concebida do ponto de vista do Ministério. A lista de ações descreve um rol de atividades e de intervenções sobre a realidade menos abrangente que aquele descrito pelo fluxo da gestante, mas, por outro lado, expressa aquilo que, desde a perspectiva do Ministério, é plausível influenciar e fazer acontecer.

Em seguida, como vimos, um orçamento foi definido para a realização das ações. Aqui, é importante notar que a alocação de recursos entre as diferentes ações obedece, por um lado, um critério de definição de prioridades; mas, por outro – não menos importante – um critério de viabilidade. Desse modo, as ações escolhidas para serem financiadas pela Rede Cegonha não são apenas aquelas priorizadas pelos dirigentes, mas também aquelas para as quais o Ministério dispõe de ferramentas e instrumentos jurídicos para executar – sobretudo, como vimos, para realizar os repasses de recursos⁸⁸. Finalmente, após as ações ofertadas pelo Ministério da Saúde serem traduzidas em uma série de mecanismos e ferramentas de execução – a grande maioria instrumentos de repasse de recursos financeiros – a política sofre mais uma tradução: ela precisa ser organizada em fases e processos de implementação, tal como visto neste capítulo. Assim, a operacionalização da Rede

⁸⁸ Uma vasta bibliografia sobre as políticas públicas caracteriza a elaboração e a implementação das políticas públicas como um processo incremental, no qual as novas políticas mudam pouco em relação as políticas anteriores. Acredito que seria interessante pesquisar em que medida os instrumentos e ferramentas disponíveis para a execução das políticas influencia o seu caráter incremental. Pelo que pude notar no caso da Rede Cegonha, muitas ideias inovadoras foram levantadas nos momentos iniciais de formulação da política; muitas delas, porém, não poderiam ser implementadas, por não existir no Ministério instrumentos e ferramentas de execução que as viabilizasse.

Cegonha descreve a forma como o Ministério prevê interagir com estados e municípios a fim de viabilizar a implementação da Rede.

Findas as inúmeras traduções pelas quais passou ao longo de seu processo de formulação, a Rede Cegonha, inicialmente pensada como o fluxo da gestante pelos estabelecimentos de saúde e como as ações de atenção à saúde recebidas pelas gestantes em cada estabelecimento, transformara-se, ao final, em outra coisa. Por um lado, é possível dizer que, desde a perspectiva do Ministério da Saúde, a Rede Cegonha resumia-se ao repasse de recursos financeiros para estados e municípios, para que executassem as ações previamente acordadas. Para que os repasses acontecessem, porém, uma série de etapas precisavam ser realizadas e cumpridas, tal como previsto pela operacionalização da política, e essas etapas também constituem aquilo que a política é. Nesse sentido, do ponto de vista do Ministério da Saúde, a Rede Cegonha também consistia na atuação dos profissionais e dirigentes junto aos dirigentes e gestores locais, a fim de incentivá-los a aderir à Rede Cegonha. Mais que isso, consistia na participação do Ministério em todo o processo de operacionalização: no auxílio prestado para a elaboração dos diagnósticos e documentos requeridos, na ajuda para a criação e manutenção dos espaços de articulação previstos, no apoio técnico dispensado no momento da contratualização etc.

O interessante a notar é que, se por um lado existe um pouco de verdade na piada interna segunda a qual o Ministério não faz nada mais que repassar recursos; por outro lado, trata-se de uma perspectiva extremamente formalista e reducionista. O repasse do dinheiro é uma das etapas de uma série de outras coisas que o Ministério também faz. Pois o que dizer de tudo aquilo que profissionais e dirigentes realizam ao longo do processo de formulação e de implementação de uma política pública como a Rede Cegonha? Nesse sentido, um dos objetivos desta tese foi demonstrar como o Ministério da Saúde é responsável por mobilizar não apenas recursos, mas também um número incontável de pessoas em torno de uma ideia. Sem essa

mobilização, as políticas por ele formuladas não teriam sequer chances de alcançar eficácia.

Nos primeiros meses em que trabalhei no Ministério da Saúde, estranhei a grande quantidade de reuniões que aconteciam dentro e fora da pasta. Não foram poucas as vezes que critiquei o excesso de encontros, descrevendo-os como inúteis, ineficazes e ineficientes. Como muitas das reuniões não geravam de imediato acordos ou ações concretas, eu via nelas um desperdício de tempo e de dinheiro. Passaram-se muitos meses até que eu começasse a perceber a importância de todos os espaços de troca constante e incansavelmente criados naquele mundo no qual eu começava a me inserir – o mundo da saúde pública. Foi preciso tempo para que eu começasse a entender a dimensão daquilo que tentavam construir com tantos espaços de interação criados e mantidos, tanto internos, quanto externos aos muros do Ministério, como as viagens realizadas por dirigentes e profissionais aos estados e municípios; os seminários, congressos e conferências dos quais dirigentes e profissionais rotineiramente participavam etc. Quando finalmente comecei a compreender a necessidade da construção desses espaços, passei também a perceber como fundamental a porosidade do Ministério e sua susceptibilidade às influências e *demandas* advindas de gestores e profissionais da *ponta*, de comunidades epistêmicas da saúde pública e da saúde coletiva, de militantes do SUS e de ativistas de movimentos sociais.

Como vimos, a grande maioria das ações previstas pela Rede Cegonha seriam executadas pelos gestores locais (Secretarias estaduais e municipais de saúde) e pelos profissionais de saúde *da ponta*. A eficácia da implementação da Rede Cegonha dependia fundamentalmente do convencimento e da atuação desses atores. Sem o convencimento de dirigentes, gestores e profissionais de saúde dos estados e dos municípios, muito pouco poderia ser de fato realizado – ainda que papéis fossem assinados e recursos fossem transferidos. Como vimos no segundo capítulo desta tese, a execução da Rede Cegonha *na ponta* e a garantia da *integralidade do cuidado e da atenção* dispensados às gestantes dependia da ativação de uma cadeia de ação e

de eficácia que começava no nível federal (no Comitê Gestor da Rede, na aprovação da Casa Civil e da Presidenta) e deveria chegar até o profissional responsável por interagir com as usuárias do sistema.

Nesse sentido, a meu ver, todo o processo de formulação da Rede Cegonha e todas as etapas previstas para sua implementação constituem esforços de mobilização e de convencimento. É interessante lembrar a quantidade de espaços de interação, articulação e coordenação pelos quais a política passa ao longo de seu processo de formulação: os Grupos Executivos, o Comitê Gestor, as reuniões semanais de monitoramento junto ao Ministro, o Comitê de Mobilização, o Comitê de Especialistas, as reuniões junto à Casa Civil e as reuniões da Comissão Intergestores Tripartite. Igualmente, vale notar que o processo de implementação também previa a criação de inúmeros outros espaços e encontros com finalidades semelhantes: as primeiras visitas de apresentação da política; a criação dos grupos condutores estadual e municipal; a aprovação da Rede Cegonha nas instâncias interfederativas, como a Comissão Intergestores Bipartite e o Colegiado Regional de Gestão; a criação do Fórum Rede Cegonha etc. Cada um desses encontros e espaços mobilizava uma gama de atores de origem variada. Por essa razão, como acontecia com o Comitê Gestor, esses encontros tornavam-se pontos para os quais convergiam sugestões, dúvidas, críticas e tensões em relação a política. Mais que isso, tornavam-se também pontos a partir dos quais os atores difundiam e capilarizavam as propostas da Rede Cegonha. Os inúmeros espaços criados pela Rede Cegonha no processo de formulação e previstos para sua implementação eram além de instâncias de mobilização e convencimento, pontos que visavam concentrar e difundir eficácia ao longo da intricada cadeia de atores cujas ações eram imprescindíveis para tornar efetiva a política.

Como mencionamos no capítulo anterior, há um grande hiato entre a Rede Cegonha ideal, aquela inicialmente imaginada e descrita pelo fluxo da gestante pela linha de cuidado materno-infantil e a lista de ações previstas pelo Ministério da Saúde. Um longo percurso precisa ser percorrido para fazer com que a lista de ações se

aproxime ao máximo da Rede Cegonha tal como idealmente descrita. Nesse percurso, o Ministério da Saúde encontra dois grandes obstáculos: de um lado, como vimos no capítulo anterior, a dificuldade de acessar e conhecer a realidade *da ponta*; de outro, as dificuldades para intervir nessa realidade. Este capítulo procurou mostrar as causas desta última dificuldade e as maneiras criadas pelo Ministério para tentar superá-las.

REFLEXÕES CONCLUSIVAS

O que é uma política pública? A escrita desta tese partiu do pressuposto de que, não cabendo em um enunciado, a resposta a essa pergunta valia uma descrição etnográfica. Perseguindo a resposta, decidimos adentrar os prédios do Ministério da Saúde e etnografar o Estado em ação. Por intermédio das descrições das reuniões do *Comitê Gestor*, acompanhamos o processo de formulação de uma política pública específica, a *Rede Cegonha*. A descrição das reuniões e a exposição das *apresentações* e do conteúdo da política, presenças indeléveis nas reuniões descritas, contribuíram para explicitar um conjunto de elementos que constituem a política pública de saúde e mais especificamente a *Rede Cegonha*, ou seja, que constituem um conjunto de diretrizes, de objetivos, de ações, de financiamento e de estratégias de implementação. Em uma palavra, a Rede Cegonha é a promessa de *integração dos serviços e estabelecimentos de saúde e de transformação do modelo de saúde*.

Ao mesmo tempo, a descrição das reuniões e sobretudo dos debates provocados pelas *apresentações* funcionaram como ensejos, ou portais, que nos transportavam para fora do espaço da sala de reuniões do Gabinete do Secretário, para fora do auditório do Edifício Premium, indicando-nos que outros elementos, que não aqueles explícitos nas *apresentações*, também contribuíam para constituir aquilo que a política é. Vimos que uma série de outras coisas, pessoas, situações, circunstâncias e agências aparentemente ausentes das salas de reuniões acabavam, pela própria ausência, fazendo-se presentes – exatamente como aquele poder de decisão e veto que às vezes se manifestava em forma de espectro.

Como enunciamos na introdução desta tese, não é possível enumerar e sistematizar exaustivamente essas agências, mas menciono algumas para ativar a memória e oferecer ao leitor possíveis referentes a serem associados ao que aqui estamos chamando de ausências. Trata-se de tudo aquilo que de alguma forma “cola” na

política, aquilo que produz efeito sobre ela e “vai com ela”: são as portarias que regulamentam o processo de descentralização; são os dados desacreditados dos sistemas de informação e as incertezas que suscitam; são as disputas de poder interiores à pasta, que fazem com que algumas políticas se contradigam ao invés de se complementarem; é a classificação dos estabelecimentos e serviços em níveis hierárquico que, apesar de polêmicos, são utilizados como critério de organização de todo o sistema; são os princípios do *SUS* recorrentemente evocados para sustentar as mais variadas opiniões etc. Todos esses elementos, essas coisas, esses valores habitam o Sistema Único de Saúde e o universo da saúde pública no Brasil. Eles influenciam e ajudam a construir a política de saúde e, mais especificamente, a Rede Cegonha.

Nesta conclusão, gostaria de mencionar mais uma ausência presente nas reuniões do *Comitê Gestor da Rede Cegonha*, mas que até agora não foi abordada: as políticas de *atenção à saúde materno-infantil* que antecederam a *Rede Cegonha*. Pensar sobre elas nos ajudará a refletir sobre um aspecto fundamental das políticas públicas que até o momento também foi pouco explorado: o papel da Política na elaboração e na implementação das políticas públicas.

A Rede Cegonha não foi a primeira política de atenção à *saúde materno-infantil* elaborada e publicada pelo Ministério da Saúde. Ao contrário, ao lado das doenças infectocontagiosas, a *saúde materno-infantil* foi uma das primeiras matérias endereçadas pelas políticas públicas de saúde. Recuando até o início dos anos 1980, quando foi publicado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (*PAISM*), considerado um marco progressista das políticas públicas de saúde da mulher, é possível contar ao menos cinco programas voltados à *saúde materno-infantil*, sendo eles: (1) o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (*PAISM*), publicado em 1983; (2) o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, publicado em 2000; (3) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, publicada em 2005; (4) o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 2004; (5) a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal de 2005; (6) o

Compromisso para Acelerar a Redução da Desigualdade na Região Nordeste e Amazônia Legal, de 2009.

Desse modo, entre 1983 e o primeiro semestre de 2011, quando a *Rede Cegonha* foi formulada, seis programas dedicados à *atenção materno-infantil* haviam sido publicados. Alguns deles, considerados mais abrangentes, propunham *ações* que endereçavam a saúde da mulher como um todo, e não somente o ciclo reprodutivo – daí a crítica do movimento feminista em relação à *Rede Cegonha*. Outros programas endereçavam essencialmente as gestantes, os bebês e as crianças de até 1 ou 2 anos. Não obstante, em todos eles, o diagnóstico da realidade a ser transformada e as propostas de atenção à gestante e ao bebê eram muito semelhantes àsquelas da *Rede Cegonha*. Todos os programas identificavam a redução da morbimortalidade materno-infantil como seu principal objetivo. Além disso, para todas as políticas enumeradas propunham-se a mudança do *modelo de atenção*, o tratamento *humanizado* à gestante, o papel da *atenção básica* com responsável por captar e coordenar a circulação da gestante pelo sistema de saúde, a redução das cesarianas, o fim da *peregrinação das gestantes* no momento do parto e a articulação entre os estabelecimentos de saúde e os serviços de diferentes níveis hierárquicos.

Após tomar conhecimento das políticas que precederam a *Rede Cegonha*, percebi que, de fato, como ouvi de inúmeros profissionais do Ministério da Saúde, a *Rede Cegonha* não propunha ações que já não houvessem sido contempladas em outras políticas. Ela apenas reorganizava elementos presentes nas políticas anteriores, enquadrando-os na perspectiva das *Redes de Atenção à Saúde*. A fragmentação do sistema (isto é, a ausência de articulação dos serviços em rede) vinha há muito sendo identificada como causa fundamental para explicar as persistentes taxas de morbimortalidade materna e neonatal. Vale enfatizar que, nas políticas que precederam a Rede Cegonha, a fragmentação como um problema aparecia muitas vezes travestida nas questões da *descentralização* e da regionalização do sistema. Como implicação, na mais recente ocasião, atacar a fragmentação pela construção das *Redes* aparecia com a solução mais adequada a um problema atávico e resiliente.

Diante da constatação de que seis políticas voltadas para a *saúde materno-infantil* foram publicadas nos últimos 25 anos, deparei-me com a seguinte questão: o que explica as sucessivas reedições de políticas públicas de saúde tão semelhantes? Ao pensar sobre as revisões e republicações dos programas voltados para a *saúde materno-infantil*, acabei me dando conta de que o fenômeno não era exclusividade dessa área. O mesmo acontecia com outros programas do Ministério. Vale notar que, ao longo da tese, mencionamos uma série de políticas que no começo de 2011 também estava sendo revisada: a *Política Nacional da Atenção Básica*; a *Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências*; as ações voltadas para prevenção e tratamento o câncer de colo de útero e de mama; a regulamentação do princípio da *descentralização* e da *regionalização* (revistas com a elaboração do Decreto); o *Cartão SUS*. Havia ainda portarias e regulamentos do Ministério que embora não se organizassem na forma de um programa, igualmente se encontravam na lista das coisas a serem revistas, tais como os *parâmetros de assistência e cobertura* incorporados na Portaria 1.101/2002 e os sistemas de informação. Tal constatação estimulou minha curiosidade e me fez ampliar o escopo da pergunta: por que uma grande quantidade de políticas públicas do Ministério da Saúde precisa ser recorrentemente revisada, reeditada e republicada? A escrita desta tese me proporcionou reflexões e insights que me fazem aventar duas hipóteses que se complementam.

A primeira hipótese remete a uma frase muitas vezes proferida por profissionais e dirigentes do Ministério da Saúde. Como resposta às críticas ou aos elogios direcionados à trajetória do SUS, sempre se escutava a constatação de que o SUS (ou a saúde pública no Brasil) *havia melhorado muito, mas ainda havia muito a ser feito*. Como vimos no primeiro capítulo, a criação do *Sistema Único de Saúde* é o resultado de mais de vinte anos de mobilização, de discussões e de reivindicações levadas a cabo pelo *Movimento pela Reforma Sanitária*. Os anseios e propostas do *Movimento* foram consolidados no documento final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que mais tarde fundamentou a elaboração da *Lei Orgânica da Saúde*. Uma parte

significativa das propostas da *Reforma Sanitária* pode ser sintetizada pelo *conceito amplo de saúde*, tal como é encontrado no relatório final da 8ª Conferência e na Lei Orgânica da Saúde:

“Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social emerge, emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir:

- trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
- alimentação para todos, segundo as suas necessidades;
- moradia higiênica e digna;
- educação e informação plena;
- qualidade adequada do meio-ambiente;
- transporte seguro e acessível;
- repouso, lazer e segurança;
- participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
- direito à liberdade, à livre organização e à expressão;
- acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.” (Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, p.5)

“O conceito amplo de saúde também pode ser identificado na Lei 8.080/1990, que em seu artigo 3º estabelece que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.

Além das propostas que diziam respeito ao conteúdo do que se considerava como a saúde em uma *perspectiva integral* (daí o *conceito amplo*), um segundo conjunto de

propostas dizia respeito ao modo de fazer saúde. Nesse caso, as reivindicações por mudança extrapolavam a reivindicação por acesso aos serviços de saúde e endereçavam também a forma como o Estado deveria organizar-se para assegurar os direitos reivindicados. Em um momento em que se lutava para colocar fim à ditadura militar, princípios como a *descentralização/regionalização* (compartilhamento de poder entre os entes federados) e a *participação social* (compartilhamento de poder com os profissionais e os beneficiários dos serviços) tornaram-se tão importantes quanto a oferta propriamente dita de serviços de saúde. De inspirações que não raro receberam a alcunha de marxistas, os militantes a favor da *Reforma* acreditavam que o sistema de saúde almejado não devia ser apenas idealmente definido; era preciso também controlar os meios de produção (da saúde) a fim de construí-lo.

Como se depreende do *conceito ampliado de saúde* e das propostas de apropriação dos meios de produção da saúde, o movimento pela *Reforma Sanitária* não visava transformar somente o sistema de saúde. O objetivo pretendido não era realizar apenas uma reforma setorial, mas colocar em marcha uma revolução da sociedade. Para Paim (2008, p.626), a *Reforma Sanitária Brasileira* deve ser apreendida em três dimensões: como “proposta”, como “projeto” e como “processo”. A proposta, como vimos, evoca a transformação de toda a sociedade; o projeto remete à institucionalização da proposta na Constituição Federal e na *Lei Orgânica da Saúde*; o processo, finalmente, diz respeito às normas, as políticas e a todas as *ações* e intervenções que, desde a publicação da Constituição e da Lei 8.080/1990, são mobilizadas para transformar a “proposta” e o “projeto” da *Reforma Sanitária* em realidade. Não obstante, conforme observa Paim, no movimento que vai da proposta ao processo, a *Reforma Sanitária* perdeu progressivamente seu caráter de revolução e transformação da sociedade, aproximando-se substantivamente de uma reforma do setor da saúde.

Minha hipótese é que, embora, por inúmeras razões, a *Reforma Sanitária* tenha de fato se convertido em uma reforma setorial, ainda assim, no mundo que venho

chamando de “universo da saúde pública no Brasil”, sobrevive vivo e candente o espírito da *Reforma Sanitária* como um processo de transformação de toda a sociedade. Há inúmeros indícios de que o *conceito amplo de saúde* continua presente no dia-a-dia do Ministério da Saúde. Encarnado no *princípio da integralidade*, diretriz fundamental de todas as políticas de saúde, ele aparece na importância que se atribui aos *condicionantes sociais de saúde* e à *articulação intersetorial das políticas*. É a ele que se faz referência quando se concebe os princípios do SUS e as diretrizes estipuladas pelo Ministério como a *imagem-objetivo* do sistema de saúde que se deseja conceber.

Nesse sentido, acredito que as reedições das políticas de saúde possibilitam a reatualização das “propostas” do *Movimento pela Reforma Sanitária*. As reuniões dos *Comitês Gestores* de todas as redes, bem como os encontros que visavam revisar políticas e portarias do Ministério constituíam-se como instâncias de evocação da memória: eram momentos em que os *princípios* e os valores do *Movimento* eram lembrados. Tudo se passava como se os processos de revisão e reformulação não reeditassem apenas as políticas, mas também o compromisso com os ideais da *Reforma Sanitária*. Como desejo de revolucionar a sociedade, as propostas do *Movimento* constituía-se como utopias que, para se manterem vivas, precisavam ser lembradas de tempos em tempos. As reuniões intermináveis que discutiam o que o SUS era e o que o SUS deveria ser (que no começo de minha experiência me incomodavam muito, por considerá-las inúteis) agregavam as pessoas em torno dos fundamentos, da história e das esperanças que constituíam o *Sistema Único de Saúde*. Elas ajudavam a construir o sentido de seu futuro.

Minha segunda hipótese para explicar as sucessivas republicações dos programas do Ministério da Saúde, tal como a primeira, também foi inspirada em um comentário que escutei de profissionais do Ministério – aquele segundo o qual *a saúde pública é uma cachaça*. Lembro-me de já ter escutado algo semelhante, mas que na verdade se referia às pessoas que ingressam na vida política e nunca mais a abandonam. Assumi então a sentença *a saúde pública é uma cachaça* como uma

possível versão do enunciado mais conhecido, segundo o qual *a política é uma caça*. No entanto, a semelhança não é apenas de forma, pois a comparação não evoca uma metáfora, mas uma metonímia. Minha segunda hipótese é que as políticas públicas do Ministério da Saúde são recorrentemente reeditadas devido à Política – tanto à política partidária, quanto a micropolítica implicada na implementação dos programas.

É senso comum a ideia segundo a qual novos dirigentes republicam velhas políticas para aparecerem associados a elas e nelas imprimirem suas marcas. A constatação é reforçada pelo fato de muitos representantes do alto escalão dos Ministérios – sobretudo Ministros e Secretários –, ao deixarem a burocracia de Estado, disputarem cargos eletivos, tanto do poder Executivo (concorrendo como prefeitos ou governadores) quanto do poder Legislativo (disputando as cadeiras da Câmara dos Deputados ou do Senado). Entretanto, outro aspecto desse fenômeno também precisa ser elucidado.

Ao acompanhar a construção da *Rede Cegonha*, vimos como a elaboração da política mobiliza profissionais, dirigentes, autoridades e militantes dentro e fora do Ministério. A política circula pelos órgãos do Ministério da Saúde, por outros órgãos da Esplanada, pela *CIT*, pelos governos estaduais e municipais. Além disso, a circulação da política é potencializada pela porosidade do Ministério da Saúde aos movimentos sociais e aos pesquisadores e acadêmicos dos campos da saúde pública e da saúde coletiva. Acredito que, ao movimentar-se pelas instâncias onde deve ser negociada e pactuada, a política de saúde obtém muito mais que legitimidade. Ao circular, ela envolve pessoas, realiza promessas, angaria compromissos, fabrica expectativas e evoca esperanças. Nesse processo, os dirigentes do Ministério lhes emprestam carisma e capacidade de inserção, recebendo de volta muito mais do que inicialmente concederam. Como segunda hipótese para explicar a constante reedição dos programas do Ministério da Saúde, acredito que, na formulação (e posteriormente na implementação) das políticas de saúde, processos de mobilização

de pessoas e de recursos, criam-se os meios e as condições para que a política pública venha a ter eficácia.

A reedição das políticas públicas do Ministério da Saúde realiza, a um só tempo, uma dupla operação. Ela reacende a promessa de mudança social legada pelo *Movimento da Reforma Sanitária*, e, ao mesmo tempo, reativa a capacidade de mobilização e de produção de eficácia de políticas já desgastadas pelo tempo. Nesse sentido, subvertem-se e borram-se as fronteiras e as definições atribuídas às políticas de Estado e às políticas de governo. No Ministério da Saúde, as políticas de Estado, exatamente por se tornarem mais “burocráticas” e menos “políticas” tendem a perder sua capacidade de mobilização. Quando revistas, por sua vez, sofrem pequenas alterações e são novamente (re)lançadas como uma política de governo e é isso que as torna potencialmente eficazes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUSTIN, J. L. Quando dizer e fazer: Palavras e ação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

BARROS, José Augusto C. "Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?" In: Saúde e Sociedade, vol.11, n.1, 2002, pp. 67-84.

BEVILAQUA, Ciméa & LEIRNER, Piero de Camargo. "Notas sobre a análise antropológica de setores do Estado brasileiro." In: Revista de Antropologia. São Paulo, USP, 2000, v. 43, no. 2. pp. 105-140

BEVILAQUA, Ciméa Barbato. Entre o previsível e o contingente: etnografia do processo de decisão sobre uma política de ação afirmativa. Revista de Antropologia, vol.48, n.1, 2005, pp. 167-225.

BEVILAQUA, Ciméa. "Etnografia do Estado: algumas questões metodológicas éticas". revista Campos no 3. Curitiba: UFPR/Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 2003.

BORGES, Antonádia. "Sobre pessoas e variáveis: etnografia de uma crença política". In: Mana, vol.11, n.1, 2005, pp. 67-93.

BORGES, Antonádia. "Tempo de Brasília: etnografando lugares-eventos da política". Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004

BOURDIEU, Pierre. "O Poder Simbólico". Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989

BRASIL, "Constituição da República Federativa do Brasil", de 5 de outubro de 1988.

_____. Lei 8.080, de 18 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos na área de saúde e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 4.279, de 30/12/2010. Estabelece Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.067/GM DE 4 DE JULHO DE 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf (Acessado em 06 de junho de 2013).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. "O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação de seus princípios e diretrizes". Série B. Textos básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Para entender a Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. "Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão?" In: *Ciência e Saúde Coletiva*, vol.12, n.2, 2007, pp. 301-306.

CANESQUI, Ana Maria. "Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990". In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 8 (1): 109-124, 2003

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A. e FARO, Livi. "A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino". In: *Physis*, vol.19, n.3, 2009, pp. 659-678.

CARRARA, Sérgio. "A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica." In: *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol.3, n.3, 1996, pp. 391-408.

CARRARA, Sérgio. "Comentários diagonais sobre a emergência dos homens na pauta da Saúde Coletiva". In: *Ciência e Saúde Coletiva*, vol.10, n.1, 2005, pp. 28-29.

CARRARA, Sérgio. "Uma 'tempestade' chamada Latour: a antropologia da ciência em perspectival". In: *Physis* vol.12, n.1, 2002, pp. 180-188.

CASTRO, Celso & CUNHA, Olívia Maria Gomes da. "Quando o campo é o arquivo." In:

Estudos Históricos, v. 2, n. 36, 2005.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. "Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada." In: Caderno de Saúde Pública, vol.13, n.3, 1997, pp. 469-478.

CHAVES, Christine de Alencar. A marcha nacional dos sem-terra: Um estudo sobre a fabricação do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2000

CLIFFORD, James & MARCUS, George. (eds) "Writing Culture: The poetics and the politics of ethnography". Berkeley: University of California Press, 1986.

COHCRANE, G. et. Al. " Policy studies and anthropology". In: Current Anthropology, Vol 21, No. 4, Aug, 1980, 445-458

COHN, Amélia. Os princípios do Sistema Único de Saúde e a atenção Básica (Programa Saúde da Família): o perigo mora ao lado. Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24, suppl.1, pp. s23-s24

CORDEIRO, Hésio. "Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde." In: Ciência e Saúde Coletiva, , vol.6, n.2, 2001, pp. 319-328

CORTES, S.M.V. "Construindo a possibilidade da participação dos usuários: Conselhos e Conferências no Sistema único de Saúde". In: Sociologias, Porto Alegre, n. 7, p. 18-49, 2002.

CORTES, Soraya Vargas. "Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde". In: Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(7): 1626-1633, jul, 2009.

COSTA, Ana Maria. "Integralidade na atenção e no cuidado a saúde." In: Saúde e Sociedade, vol.13, n.3, 2004, pp. 5-15.

CUNHA, Olivia. "Tempo imperfeito: uma etnografia do arquivo". In: Mana 10(2):287-322, 2004.

DE LAET, Marianne & MOL, Annemarie. 'The Zimbabwe Bush Pump:Mechanics of a Fluid Technology', Social Studies of Science 30: 2000, 225–63.

DOUGLAS, Mary. "Como as instituições pensam". São Paulo: EdUSP, 2007.

DROR, Yehekel, "Sair do caminho, ciência ou inércia?". In: SARAIVA, Enrique & FERRAREZI, Elisabete. (org). Políticas Públicas. Coletânia - Volume 1. Brasília: ENAP, 2006.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. "Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença." In: Ciência e Saúde Coletiva, vol.8, n.1, 2008, pp. 173-183.

DUBOIS, Vincent. "Towards a critical policy ethnography: The 'undeserving poor; and the new welfare state". In: Critical Policy Studies 3, 2, 2009.

DURKHEIM, Émile & MAUSS, Marcel. Algumas formas primitivas de classificação: contribuição para o estudo das representações coletivas (1903). In: MAUSS, Marcel. **Ensaio de Sociologia**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001. pp. 399-456.

DURKHEIM. Emile. "As formas elementares da vida religiosa". 3ª Ed. São Paulo. Martins Fontes.2003

ETZIONI, Amitai. "A exploração combinada: um terceiro enfoque de tomada de decisões. In: SARAIVA, Enrique & FERRAREZI, Elisabete. (org). Políticas Públicas. Coletânia - Volume 1. Brasília: ENAP, 2006.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta. "Idéias, Conhecimento e Políticas Públicas: Um Inventário Sucinto das Principais Vertentes Analíticas Recentes", *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 18 (51): 21-30. 2003.

FAVRET-SAADA, Jeanne. "Les mots, la mort, les sorts". Paris: Éditions Gallimard, 1977.

FERREIRA, L. C. M. "Dos autos da cova rasa: a identificação de corpos não-identificados no Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro". Rio de Janeiro: FINEP/E-papers, 2009.

FISKE, Shirley. "Anthropology in pursuit of public policy and practical knowledge". In: *NAPPA Bulletin*, 26, 2006, p. 82-107.

FLEISCHER, Soraya Resende. "Dos fetos engolidos e escondidos: um comentário sobre o apoio de parteiras ribeirinhas ao aborto." In: *Ciência e Saúde Coletiva*, vol.17, n.7, 2012, pp. 1685-1687.

FLEISCHER, Soraya. "Então, minha filha, vamos se afomentar?Puxação, parteiras e reprodução em Melgaço, Pará." In: *Ciência e Saúde Coletiva*, vol.13, n.3, 2008., pp. 889-898.

FLEISCHER, Soraya. Resende "Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará". Tese. (Doutorado em Antropologia Social). Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2007.

FONSECA, Claudia. "O anonimato e o texto antropológico: Dilemas éticos e políticos da etnografia em casa". Palestra proferida na Mesa: Ética e pesquisa etnográfica, durante o Seminário do NACi (Núcleo de Antropologia e Cidadania da UFRGS):

Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo. 9 de novembro de 2007.

FOUCAULT, Michel. "Microfísica do poder". Rio de Janeiro: Graal, 2001.

FOUCAULT, Michel. "Vigiar e Punir: nascimento da prisão". Petrópolis: Vozes, 2006.

GERSCHMAN, Silvia & SANTOS, M. A. B. "O sistema único de saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX". In: Revista Brasileira de Ciências Sociais, Vol. 21, nº 51, junho/2006.

GINZBURG, Carlo. "O queijo e os vermes. O cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela Inquisição". São Paulo: Companhia das Letras, 1987

GINZBURG, Carlo. "Sinais: raízes de um paradigma indiciário". In: __. Mitos, emblemas e sinais: morfologia e história. São Paulo: Companhia das Letras, 1989. pp. 143-179.

GOFFMAN, Erving. "Manicômios, prisões e conventos". São Paulo: Perspectiva, 1999.

GOLDMAN, Marcio. "Como Funciona a Democracia: uma teoria etnográfica da política". Rio de Janeiro: 7 Letras, 2006.

GOMES, Romeu; LEAL, Andréa Fachel; KNAUTH, Daniela and SILVA, Geórgia Sibeles Nogueira da. "Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem". In: Ciência e Saúde Coletiva, vol.17, n.10, 2012, pp. 2589-2596.

GOOL, Bas van. "Indian Administrative Cosmology: The Darnic Bureaucracy?". In: Public Voices, Vol. XI, Nº1.

GUARANA, Juliana e FLEURY, Sonia. "Gestão participativa como instrumento de inclusão democrática: o caso dos Comitês Gestores de Bairro do Programa Nova Baixada". In: Revista de Administração de Empresas, , vol.48, n.3, 2008, pp. 94-103.

GUIZARDI, Francini Lube. "Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS." In: Trabalho e Educação em Saúde, vol.7, n.1, 2009, pp. 9-34.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. "Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 331-336, 2004.

HERZFELD, Michael. "The Social Production of Indifference: Exploring the Symbolic Roots of Western Bureaucracy". Chicaco: University of Chicago Press, 1993

HINSHAW, Robert E. "Anthropology, Administration and Public Policy". In: Annual Review of Anthropology, Vol.9, 1980, pp. 497-522.

IMMERGUT, Ellen. "O núcleo teórico do novo institucionalismo. In: SARAIVA, Enrique & FERRAREZI, Elisabete. (org). Políticas Públicas. Coletânea - Volume 1. Brasília: ENAP, 2006.

KINGDOM, John. "Juntando as coisas". In: SARAIVA, Enrique & FERRAREZI, Elisabete. (org). Políticas Públicas. Coletânea - Volume 1. Brasília: ENAP, 2006.

KUSCHNIR, R. & CHORNY, A. H. "Redes de Atenção à Saúde: contextualizando o debate" In: Ciência & Saúde Coletiva, 15(5) 2307-2316, 2010.

LATOURETTE, Bruno; WOOLGAR, Steve. "A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos". Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LATOUR, Bruno. "From realpolitik to Dingpolitik, or How to Make Things Public" In: Bruno Latour and Peter Weibel (eds.), *Making Things Public: Atmospheres of Democracy*, Cambridge, MIT Press, 2005.

LATOUR, Bruno. "Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica." Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994

LATOUR, Bruno. "Some Experiments in Art and Politics". Disponível em: <http://www.e-flux.com/journal/some-experiments-in-art-and-politics/> (Acessado em 06 de junho de 2013).

LATOUR, Bruno. Por uma antropologia do centro. *Mana* [online]. 2004, vol.10, n.2, pp. 397-413. ISSN 0104-9313

LATOUR, Bruno. *Reassembling the social: an introduction to actor-network-theory*. Oxford; New York: Oxford University Press, 2005.

LAVRAS, Carmem. "Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil". In: *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LAW, John (2002), 'Objects and Spaces', *Theory, Culture and Society*, 19, 91-105. Downloaded at http://www.researchgate.net/publication/45180715_Objects_and_spaces. (Acessado em 17 de dezembro de 2012).

LAW, John, and Annemarie MOL (eds) "Complexities: Social Studies of Knowledge Practices", Durham, N. Ca.: Duke University Press, 2002.

LAW, John. 'Making a Mess with Method, version of 19th January 2006, available at <http://www.heterogeneities.net/publications/Law2006MakingaMesswithMethod.p>

df (Acessado em 16 de dezembro de 2012)

LEACH, Edmund Ronald. "Sistemas Políticos da Alta Birmânia: um estudo da estrutura social kachin." São Paulo: EdUSP, 1996.

LEITE, Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres and PAES, Neir Antunes. "Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde maternal". In: História, Ciêica, Saúde-Manguinhos, vol.16, n.3, 2009, pp. 705-714.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.;MACHADO, C. V. "Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas." In: Ciência e Saúde Coletiva, v.6, n.2, 2001, p. 269-291.

LIMA, Luciana Dias de et al. "Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais". In: Ciência e Saúde Coletiva, vol.17, n.11, 2012, pp. 2881-2892.

LIMA, Luciana Dias de; QUEIROZ, Lúcia F. N. de; MACHADO, Cristiani Vieira e VIANA, Ana Luiza d'Ávila. "Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil" In: Ciência e Saúde Coletiva, vol.17, n.7, 2012, pp. 1903-1914.

LINDBLOM, Charler E. "Tentando sair do caminho". In: SARAIVA, Enrique & FERRAREZI, Elisabete. (org). Políticas Públicas. Coletânia - Volume 1. Brasília: ENAP, 2006.

MAGRATH, Priscilla & NITCHER, Mark. "Paying for performance and the social relations of health care provision: An anthropological perspective". In: Social Science & Medicine 75, 2012, 1778-1785.

MALINOWSKI, Bronislaw. Argonautas do Pacífico ocidental". São Paulo; Abril

Cultural, 1976.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Coral gardens and their magic**: a study of the methods of tilling the soil and of agricultural rites in the Trobriand Islands. London: George Allen & Unwin Ltd, 1935.

MARQUES, Rosa Maria e MENDES, Áquilas. "Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social". In: *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 14, n.1 (24), p.159-175, jan/jun, 2005.

MATTOS, Ruben Araújo. "Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos". Em: *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde / Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores*. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006.

MAUSS, Marcel. "Sociologia e Antropologia". São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MAUSS, Marcel. "Esboços de uma teoria Sobre a magia". Em: *Sociologia e antropologia*. São Paulo. Cosac & Naify. 2003.

MEDEIROS, Patrícia Flores & GUARESCHI, Neuza M de Fátima. "Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão". In: *Estudos Feministas*, Florianópolis, 17(1): 296, janeiro-abril, 2009.

MELLO, Guilherme Arantes e VIANA, Ana Luiza d'Ávila. "Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade." In: *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol.19, n.4, 2012, pp. 1219-1239.

MENDES DE MIRANDA, Ana Paula et. Al. "Antropologia e políticas públicas: notas sobre avaliação do trabalho policial." Em: *Cuadernos de Antropología Social* No 25,

pp. 51–70, 2007.

MENDES DE MIRANDA, Ana Paula. "Antropologia, Estado Moderno e Poder: perspectivas e desafios de um campo em construção." Em: Revista de Antropología, núm. 7, 2005, pp. 1-27.

MENDES, Eugênio Vilaça. "As redes de atenção à saúde." Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. "As redes de atenção à saúde" In: Ciência e Saúde Coletiva, vol.15, n.5, 2010, pp. 2297-2305.

MENICUCCI, T. M. G. "O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectiva." In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, 2009. p. 1620-1625.

MILANI, Carlos R.S. "O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias". In: Revista da Administração Pública, Rio de Janeiro 42(3):551-79, maio/jun, 2008.

MIYAZAKY, Hirokazu. The Method of Hope: Anthropology, Philosophy, and Fijian Knowledge. Stanford: Stanford University Press, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2012, vol.28, n.2, pp. 208-210.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. "Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática." Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. "Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação: 2004-2007". Brasília: Ministério da Saúde. 2004a.

MOL, Annemarie & LAW, John. "Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia". In: *Body & Society* Vol. 10 (2-3): 2004, 43-62.

MOL, Annemarie & Law, John. Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia". In: *Body & Society* Vol. 10 (2-3): 2004, 43-62.

MONTEIRO, Jorge Vianna. "Os níveis de análise das políticas públicas". In: SARAIVA, Enrique & FERRAREZI, Elisabete. (org). *Políticas Públicas. Coletânea - Volume 1*. Brasília: ENAP, 2006.

MORAES, Danielle Ribeiro. "Revisitando as concepções de integralidade". In: *Revista APS*, v.9, n.1, p.64-72, jan/jun, 2006.

MOSSE, David. "Anti-social anthropology? Objectivity, objection, and the ethnography of public policy and professional communities". In: *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 12, 2006, pp.935-956.

MOTTA, Paulo Roberto. "A modernização da administração pública brasileira nos últimos 40 anos." In: *Revista de Administração Pública*, vol.41, 2007, pp. 87-96.

MURRAY, Christopher, J. L. & FRENK, Julio. " Framework for assessing health systems". *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (6), 2000.

OLIVEIRA, Inajara & Cutolo, Luis Roberto. "Humanização com expressão de integralidade". In: *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 2012; 36(3); 502-506.

OMROD, Susan."Organisational culture in health service policy and research". In:

Policy & Politics vol 31 no 2, 2003.

Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta par su implementación en las Américas. Washington: HSS, Organización Panamericana de la Salud, OMS; 2008. (Série La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Americas).

PAIM JS. "Modelos de Atenção à Saúde no Brasil". In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

PAIM JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. "A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes". In: Physis vol.18, n.4, 2008, pp. 625-644.

PEIRANO, Mariza. "A lógica múltipla dos documentos". In: ____. A teoria vivida e outros ensaios de antropologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006b. pp. 135-153.

PEIRANO, Mariza. "Rituais ontem e hoje". Coleção Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2003.

PEIRANO, Mariza. "O Dito e o Feito: Ensaios de Antropologia dos Rituais". Rio de Janeiro: Relume Dumará, NuAP/UFRJ, 2001

PEIRANO, Mariza. "O paradoxo dos documentos de identidade: relato de uma experiência nos Estados Unidos. In: Horizontes Antropológicos". Porto Alegre, ano 15, n. 32, 2009, p. 53-80.

PEREIRA, Diogo Neves. "Vínculos e estatizações nas políticas de saúde de saúde da família de Cuba e do Brasil". Tese. (Doutorado em antropologia Social). Brasília: Instituto de Ciências Sociais, Departamento de Antropologia, 2012.

PFEIFFER, J., & NICHTER, M. (2008). "What can critical medical anthropology contribute to global health?" *Medical Anthropology Quarterly*, 22(4), 410-415.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. "Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado a à saúde". Rio de Janeiro, ABRASCO/UERJ, IMS, 2001.

RIBEIRO, José Mendes. "Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS)." In: *CAdenor de Saúde Pública*, , vol.13, n.1, 1997, pp. 81-92.

RILES, Annelise. "[Deadlines]: Removing the Brackets on Politics in Bureaucratic and Anthropological Analysis". In: _____ *Documentss: Artifacts of Modern Knowledge*. University od Michigan Press, 2009.

RILES, Annelise. Introduction: in response. In: ____ (ed). *Documents: artifacts of modern knowledge*. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 2006a. pp.1-41

SAHLINS, Marshall. "Ilhas de história". Rio de Janeiro: Zahar, 1990.

SANTOS, Álvaro da Silva. "Do Programa Materno Infantil ao Programa Integral à Saúde da Mulher: impacto na abordagem assistencial". In: *Saúde Coeltiva*, N^o 39, N^o 7, 2010, p.96-98.

SARAIVA, Enrique. "O conceito de política pública". In: SARAIVA, Enrique & FERRAREZI, Elisabete. (org). *Políticas Públicas*. Coletânia - Volume 1. Brasília: ENAP, 2006.

SARTI, Cynthia. "Corpo e Doença no trânsito de saberes." In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol.25, n.74, 2010, pp. 77-90.

SCOTT, James C. "Seeing like a state: how certain schemes to improve the human

condition have failed.” Durham: Yale University Press, 1998.

SHORE, Cris & ABÉLÈ, Marc. “Debatin the European Union. An interview”. In: *Anthropology Today*, vol 20, no 2, april, 2004.

SHORE, Cris & WRIGHT, Susan. “ Audit culture and anthropology: neo-liberalism in british higher education”. In: *Journa of Royal Anthropology*, 5, 1999, p.557-575.

SHORE, Cris wright, Susan. “Anthropology of policy: Critical perspectives on governance and power”. London: Routledge, 1997.

SHORE, Cris. “ La antropología e el estudo de la política pública: reflexiones sobre la formulación de las políticas”. In: *Antípoda* No 10, junho de 2010, pp.21-49.

SHORTELL, S.M. et al. *Remaking Health care in America: building organized delivery systems*. San Francisco, Editora Jossey-Bass, 1996.

SILVA, Silvio F. "Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)" In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2753-2762, 2011.

SOUZA LIMA, Antonio Carlos de. “Um grande cerco de paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil”. Petrópolis: Vozes, 1995.

SOUZA LIMA, Antonio Carlos de. (org) “Gestar e gerir: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil”. Rio de Janeiro: NuAP/Relume Dumará, 2002.

SOUZA, Celina. "Políticas públicas: uma revisão da literatura". In: *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, no 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

SOUZA, Maria Helena do Nascimento & Tyrrell, Maria Antonieta Rubio. "Políticas de salud a la mujer en Brasil, 1974-2004". In: Revista de Enfermagem. UERJ;19(1):70-76, jan.-mar. 2011.

SPEDO, Sandra. Maria. "Desafios para implementar a integralidade da assistência à saúde no SUS: estudo de caso no município de São Paulo (SP)" Tese. (Doutorado em Saúde Pública). São Paulo: Universidade de São Paulo.

STARK, David & Paravel, Verena. "Powe Point Demonstrations: Digital Technologies of Persuasion". Working Paper: Columbia University, Institute for Social and Economic Research and Policy, 2007.

STRATHERN, Marilyn. "Partial connections." Savage: Rowman & Littlefield, 1991.

SUBIRATS, J. "Definição do problema. Relevância Pública e formação da agenda de atuação dos poderes públicos" In: SARAIVA, Enrique & FERRAREZI, Elisabete. (org). Políticas Públicas. Coletânea - Volume 1. Brasília: ENAP, 2006.

TAMBLIAH, Stanley. "A performative approach to ritual". In: Culture, Thought and Social Action. Cambridge: Harvard University Press, 1985.

TEIXEIRA, Carmem. "Os princípios do Sistema Único de Saúde". Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf (Acessado em 03 de março, 2013).

TEIXEIRA, Maria da Glória Lima Cruz e PAIM, Jairnilson Silva. "Os programas especiais e o novo modelo assistencial." In: Caderno de Saúde Pública, vol.6, n.3, 1990, pp. 264-277.

TROUILLOT, Michel-Rolph. 2001 - "The anthropology of the state in the age of globalization. Close encounters of the deceptive kind" (includi debate de Chris Hann e László Kurti), *Current Anthropology* 42(1): 125-138.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias de e OLIVEIRA, Roberta Gondim de. "Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro". In: *Ciência e Saúde Coletiva*, vol.7, n.3, 2002, pp. 493-507.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck; CAVALCANTI, Maria de Lourdes e CABRAL, Marta de Pina. "Participação em saúde: do que estamos falando?". In: *Sociologias*, n.21, 2009, pp. 218-251.

WACQUANT, LOÏC. "Three steps to a historical anthropology of actually existing neoliberalism". In: *SocialAnthropology/AnthropologieSociale* (2012)20,166-79.

WEBER, Max. "Burocracia". In: *Ensaio de sociologia*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1963. pp. 229-282.

WEDEL, Janine et. al. "Toward an anthropology of public policy". In: *The Annals of the American Academy, AAPPS*, 600, July, 2005.

YANOW, Dvora. "Organizational ethnography between toolbox and world-making". In: *Journal of Organizational Ethnography* Vol. 1 No. 1, 2012 pp. 31-42.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

ANS – Agência Nacional de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CGB – Casas da Gestante e do Bebê

CGIMRAS – Coordenação-Geral de Informação e Monitoramento das Redes de Atenção à Saúde

CGPO - Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento

CGR – Colegiado de Gestor Regional

CIB - Comissões Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CPN - Centro de Parto Normal

DAB – Departamento de Atenção Básica

DAE – Departamento de Atenção Especializada

DAPES – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

DAPES – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

DARAS – Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde

DCEBAS – Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde

DGH - Departamento de Gestão Hospitalar do Rio de Janeiro

DOU – Diário Oficial da União

DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas

GAR – Gestão de Alto Risco

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LOA – Lei Orçamentária Anual

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAB - Piso da Atenção Básica

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PACS – Programa de Assistentes Comunitários em Saúde

PDR – Plano Diretor Regional

PMAQ-AB - Programa de Melhoria da Atenção e Qualificação da Atenção Básica

PPA – Plano Plurianual

PPI – Programação Pactuada de Investimentos

PSF – Programa Saúde da Família

SADT – Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SAF – Setor de Administração Federal

SAMU – Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SGEP – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

SGETS - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica.

SICONV – Sistema de Convênios do Governo Federal

SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

TGD – Termo de Compromisso de Gestão

TCU - Tribunal de Contas da União

UBS – Unidade Básica de Saúde

UCI – Unidade de Cuidados Intermediários

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

ANEXO

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS;

Considerando a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS;

Considerando que os indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda são elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos;

Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial as metas quatro e cinco;

Considerando a Portaria nº 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699, de 30 de março de 2006, que, respectivamente, "aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde" e "regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão";

Considerando as prioridades, os objetivos e as metas do Pacto pela Vida, definidos pela Portaria nº 2669/GM/MS, de 03 de novembro de 2009, entre os quais está a redução da mortalidade materna e infantil;

Considerando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 08 de março de 2004, que visa monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher;

Considerando os compromissos firmados no Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, no âmbito do Compromisso para Acelerar a Redução da Desigualdade na Região Nordeste e na Amazônia Legal lançado pela Presidência da República em 2009;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a reunião de pactuação na CIT ocorrida em 28 de abril de 2011;

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, resolve:

Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

Art. 2º A Rede Cegonha tem como princípios:

I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;

II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;

III - a promoção da equidade;

IV - o enfoque de gênero;

V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;

VI - a participação e a mobilização social; e

VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Art. 3º São objetivos da Rede Cegonha:

I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;

II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e

III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Art. 4º A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a [Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010](#), a partir das seguintes diretrizes:

I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;

II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;

III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;

IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e

V -garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Art. 5º A Rede Cegonha deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional.

Art. 6º A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) Componentes, quais sejam:

I - Pré-Natal

II - Parto e Nascimento

III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação

Art. 7º Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, nos seguintes termos:

I - Componente PRÉ-NATAL:

a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;

b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;

c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;

d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;

e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;

f) qualificação do sistema e da gestão da informação;

g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;

h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e

i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

II - Componente PARTO E NASCIMENTO:

a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;

b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";

d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;

f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e

g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.

III - Componente PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA:

a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;

b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;

c) busca ativa de crianças vulneráveis;

- d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- e) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- f) orientação e oferta de métodos contraceptivos.

IV - Componente SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO:

- a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;
- b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e
- c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

§ 1º Os Municípios que não contam com serviços próprios de atenção ao parto e nascimento, incluídos os exames especializados na gestação, poderão aderir a Rede Cegonha no componente PRÉ-NATAL desde que programados e pactuados nos Colegiados de Gestão Regional (CGR).

§ 2º Os Municípios mencionados no parágrafo § 1º deverão garantir o acesso de acordo com o desenho da Rede Cegonha Regional, que contemplará o mapa de vinculação das gestantes, enquadradas em Risco Habitual ou Alto Risco ao local de ocorrência do parto.

Art. 8º A operacionalização da Rede Cegonha dar-se-á pela execução de cinco fases:

- I - Adesão e diagnóstico;
- II - Desenho Regional da Rede Cegonha;
- III - Contratualização dos Pontos de Atenção

IV - Qualificação dos componentes e

V - Certificação

I - FASE 1: Adesão e Diagnóstico:

a) apresentação da Rede Cegonha no Estado, Distrito Federal e Municípios;

b) apresentação e análise da matriz diagnóstica conforme o Anexo I desta Portaria na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal - CGSES/DF e Colegiado de Gestão Regional - CGR;

c) homologação da região inicial de implementação da Rede Cegonha na CIB e CGSES/DF; e

d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS), que terá como atribuições:

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;
3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e
4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede.

II - FASE 2: Desenho Regional da Rede Cegonha:

a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional e pelo CGSES/DF, com o apoio da SES, de análise da situação de saúde da mulher e da criança, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros;

b) pactuação do Desenho da Rede Cegonha no Colegiado de Gestão

Regional (CGR) e no CGSES/DF;

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no Colegiado de Gestão Regional e no CGSES/DF, com a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos. Na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR;

d) estímulo à instituição do Fórum Rede Cegonha que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede Cegonha na Região.

III - FASE 3: Contratualização dos Pontos de Atenção:

a) elaboração do desenho da Rede Cegonha no Município;

b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede Cegonha observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede; e

c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES.

IV - FASE 4: Qualificação dos componentes:

a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no art.º 7 desta Portaria;

b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no artigo 7º, que serão acompanhadas de acordo com os indicadores do Plano de Ação Regional e dos Planos de Ação Municipais.

V - FASE 5: Certificação, que será concedida pelo Ministério da Saúde ao gestor do SUS anualmente após a realização das ações de atenção à saúde previstas no art. 7º, avaliadas na Fase de Qualificação dos Componentes.

§ 1º O Grupo Condutor da Rede Cegonha no Distrito Federal será composto

pela Secretaria de Saúde e Colegiado de Gestão da SES/DF, com apoio institucional do MS, e terá as mesmas atribuições do Grupo Condutor Estadual, descritas na alínea d, inciso I do art. 8º.

§ 2º O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede Cegonha, assim como para o repasse dos recursos, monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha

§ 3º A Contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor, seja ele o Município, o Estado, o Distrito Federal ou a União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede Cegonha sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais.

§ 4º A verificação do cumprimento das ações de atenção à saúde definidas para cada Componente da Rede será realizada anualmente pelo Ministério da Saúde, de forma compartilhada com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

§ 5º O Ministério da Saúde apoiará o Grupo Condutor Estadual no acompanhamento e avaliação do processo de pactuação e execução do Plano de Ação Regional e do Plano de Ação Municipal

Art. 9º. Para operacionalização da Rede Cegonha cabe:

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde: apoio à implementação, financiamento, nos termos descritos nesta Portaria, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha em todo território nacional;

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde: apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território estadual de forma regionalizada; e

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde: implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território municipal.

Art. 10. A Rede Cegonha será financiada com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cabendo à União, por meio do Ministério da Saúde, o aporte dos seguintes recursos, conforme memória de cálculo no Anexo II:

I - Financiamento do componente PRÉ-NATAL:

a) 100% (cem por cento) de custeio dos novos exames do pré-natal (anexo III) a ser repassado em duas parcelas fundo a fundo, sendo a primeira parcela calculada de acordo com a estimativa de gestantes e repassada mediante apresentação do Plano de Ação Regional acordado no CGR. A segunda parcela, repassada seis meses após a primeira, será calculada de acordo com o número de gestantes cadastradas e com os resultados dos exames verificados em tempo oportuno. A partir deste momento, os repasses serão mensais proporcionalmente ao número de gestantes acompanhadas. O sistema de informação que possibilitará o acompanhamento da gestante será o SISPRENATAL;

b) 100% (cem por cento) do fornecimento de kits para as UBS (anexo IV), kits para as gestantes (anexo V) e kits para parteiras tradicionais (anexo VI); 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o pré-natal e 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o local de ocorrência do parto, de acordo com a regulamentação que será publica em portaria específica.

II - Financiamento do componente PARTO E NASCIMENTO:

a) recursos para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, e recursos para reformas voltadas para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos, de acordo com os parâmetros estabelecidos na RDC nº 36 da ANVISA, devendo estes recursos ser repassados de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios/SICONV/MS e do Sistema de Gestão Financeira e de Convênios/ GESCON/MS.

b) recursos para a compra de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, Centros de Parto Normal, e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto, devendo estes recursos serem repassados fundo a fundo.

c) 100% (cem por cento) do custeio para Centros de Parto Normal,

mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

d) 100% (cem por cento) do custeio para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

e) 100% (cem por cento) de custeio do Leito Canguru, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

f) 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos (UTI adulto e neonatal, e UCI neonatal), mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos ser repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

g) 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos para Gestantes de Alto Risco/GAR, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos ser repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

§ 1º Será publicada portaria específica com a regulamentação para construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal e Casas de Gestante, Bebê e Puérpera;

§ 2º As propostas de investimento deverão estar em concordância com os planos de ação de implementação da Rede Cegonha;

§ 3º Os recursos financeiros previstos para construção, ampliação e reforma serão repassados, de forma regular e automática, em 3 (três) parcelas, sendo a primeira equivalente a 10% do valor total aprovado, após a habilitação do projeto; a segunda parcela, equivalente a 65% do valor total aprovado: mediante apresentação

da respectiva ordem de início do serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA, ratificada pelo gestor local e pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB, e autorizada pela Secretaria de Atenção à Saúde; e a terceira parcela, equivalente a 25% do valor total aprovado: após a conclusão da edificação da unidade, e a apresentação do respectivo atestado, assinado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA, ratificado pelo gestor local e pela CIB, e autorizado pela Secretaria de Atenção à Saúde.

§ 4º Os investimentos para a aquisição de equipamentos e materiais serão repassados após a conclusão da obra.

§ 5º O financiamento previsto para o custeio dos leitos constantes no inciso II alínea g, deverá ser complementado no valor de 20% pelo Estado e Município, de acordo com a pactuação regional.

§ 6º O número de leitos a ser financiado com os valores que constam no Anexo II será calculado de acordo com parâmetros de necessidade por tipologia.

§ 7º Os investimentos previstos no inciso II serão definidos na Fase 2 de operacionalização da Rede Cegonha, com aprovação no respectivo CGR, na CIB e no CGSES/DF. § 8º O financiamento dos componentes, PUÉRPERIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA e SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE E REGULACÃO já constam na programação dos recursos existentes nos três níveis de gestão do SUS.

§ 9º Todos os recursos de custeio terão variação em seus valores globais de acordo com os resultados da avaliação periódica estabelecida na Fase 4 de operacionalização da Rede Cegonha.

§ 10. Após a qualificação do componente PRÉ-NATAL, descrito no art. 4º, o Município fará jus ao incentivo de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante captada de acordo com o SISPRENATAL, em repasses mensais fundo a fundo;

§ 11. Após a certificação da Rede Cegonha o Município fará jus ao incentivo anual de R\$ 10,00 (dez reais) por gestantes captadas no ano de acordo com SISPRENATAL, mediante repasse fundo a fundo.

Art. 11. Os recursos de financiamento da Rede Cegonha serão incorporados ao Limite Financeiro Global dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação formalizada nos Planos de Ação Regional e Municipais.

Art. 12. No âmbito do Ministério da Saúde a coordenação da Rede Cegonha cabe à Secretaria de Atenção à Saúde.

Art. 13. Determinar que os recursos orçamentários objeto desta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho: 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

MATRIZ DIAGNÓSTICA

A Matriz é composta por quatro grupos de indicadores:

1º GRUPO: Indicadores de Mortalidade e Morbidade

Incidência de sífilis congênita (Indicador 7 do Pacto pela Vida)

Taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal)

Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) por Município

Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo IG (< 37 semanas)

% de óbitos infantis-fetais investigados

% de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados

2º GRUPO: Indicadores de Atenção

Número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal

Cobertura de equipes de Saúde da Família

Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara.

Idade da mãe

% de gestantes captadas até a 12^a semana de gestação

% de crianças com consultas preconizadas até 24 meses

% de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada

% de gestantes com todos os exames preconizados

3º GRUPO: Situação da Capacidade Hospitalar Instalada

Número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde

Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém nascido e crianças de alto risco

Identificação dos leitos UTI neonatal existentes

Identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam parto

4º GRUPO: Indicadores de Gestão

% de investimento estadual no setor saúde

PDR atualizado

PPI atualizada

Identificação de centrais de regulação: (i) urgências; (ii) de internação; e (iii) ambulatorial

Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital

ANEXO II

MEMÓRIA DE CÁLCULO DOS NOVOS INVESTIMENTOS E CUSTEIOS DA REDE CEGONHA

(A) Construção Centros de Parto Normal: R\$ 350.000,00

(B) Reforma Centros de Parto Normal: R\$ 200.000,00

(C) Aquisição de equipamentos e materiais para Centros de Parto Normal: R\$ 150.000,00

(D) Construção Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 335.808,00

(E) Reforma Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 130.000,00

(F) Aquisição de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 44.000,00

(G) Custeio do Centro de Parto Normal conforme padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde (cinco quartos de pré-parto, parto e pós-parto para cada CPN): R\$ 80.000,00/mês

(H) Custeio das Casas de Gestante, Bebê e Puérpera conforme padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde (20 leitos para cada casa): R\$ 60.000,00/mês

(I) Reforma/ampliação e/ou aquisição de equipamentos e materiais para adequação da ambiência dos serviços que realizam partos, orientados pelos parâmetros estabelecidos na RDC nº 36 da ANVISA: até R\$ 300.000,00 por serviço, sendo R\$ 200.000,00 para reforma ou ampliação, e R\$ 100.000,00 para equipamentos, após aprovação do projeto pelo grupo condutor da Rede Cegonha.

(J) Ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto: R\$ 100.000,00/leito para aquisição de equipamentos e R\$ 20.000,00/leito para reforma

(K) Custeio dos novos leitos de UTI neonatal: n° de leitos novos x 800,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 1.000,00 para 1 leito de UTIN) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(L) Custeio dos leitos de UTI neonatal existentes: Valor da diária = R\$800,00 - o valor da diária para os leitos daquele serviço, de acordo com sua habilitação no SIH/SUS (tipo II ou tipo III) Valor anual = N° de leitos x valor da diária x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).

(L) Custeio dos leitos de UCI neonatal (existentes + novos): n° de leitos x 280,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 350,00 para 1 leito de UCI) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(M) Custeio dos novos leitos de UTI adulto: n° de leitos novos x 800,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 1.000,00 para 1 leito de UTI) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(O) Custeio dos leitos de UTI adulto existentes: Valor da diária = R\$800,00 - o valor da diária para os leitos daquele serviço, de acordo com sua habilitação no SIH/SUS (tipo II ou tipo III) Valor anual = N° de leitos x valor da diária x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).

(P) Custeio dos leitos Canguru: n° de leitos x 80,00 (valor correspondente a 100% da diária de referência) x 365 dias x 0,90 (taxa de ocupação de 90%)

(Q) Custeio dos leitos novos GAR: n° de novos leitos x 480,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 600,00 por leito GAR) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(R) Custeio dos leitos GAR existentes: Valor da diária = R\$480,00 - o valor da média da diária já paga àquele serviço por AIH de leito GAR excluindo os Procedimentos Especiais da AIH. Para o cálculo deste valor deverá ser considerada a média mensal da série histórica 06 (seis) meses de processamento disponível nos sistema DATASUS/SIH, anteriores à data de celebração dos contratos ou convênios entre gestores e prestadores.

Valor médio da diária de leito GAR já paga = Valor total pago pelas AIH de leito GAR daquele serviço excluindo os Procedimentos Especiais no período/Número total de diárias de leito GAR daquele serviço no período

Valor anual = N° de leitos x valor da diária x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).

ANEXO III

NOVOS EXAMES DE PRÉ-NATAL

No componente pré-natal estão previstos novos exames financiados pelo Ministério da Saúde a partir da adesão à Rede Cegonha:

Teste rápido de gravidez;

Teste rápido de sífilis

Teste rápido de HIV

Cultura de bactérias para identificação (urina)

Acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina,

Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes

Proteinúria (teste rápido)

Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo

Exames adicionais para gestantes de alto-risco:

Contagem de plaquetas

Dosagem de proteínas (urina 24 horas)

Dosagens de uréia, creatinina e ácido úrico

Eletrocardiograma

Ultrassom obstétrico com Doppler

Cardiotocografia ante-parto

ANEXO IV

KIT PARA AS UBS

1 sonar

1 fita métrica

1 gestograma

1 Caderno de Atenção Básica/CAB - Pré-natal

Balança adulto

ANEXO V

KIT PARA AS GESTANTES

Bolsa Rede Cegonha

Material para cura do umbigo (um vidro de álcool 70% de 60 ml e 20 unidades de gaze estérilembalado em uma caixa de plástico)

Trocador de fralda

ANEXO VI

KIT PARA AS PARTEIRAS TRADICIONAIS

Bolsa para acondicionar os materiais

Tesoura curva em inox, ponta romba, para uso exclusivo no parto

Caixa em inox ou em alumínio, para guardar a tesoura de inox

Balança de tração com gancho e suporte "tipo cegonha"

Lanterna média a dínamo

Fraldas de algodão

Guarda-chuva e capa de chuva

Bacia de alumínio

Toalha para enxugar as mãos

Estetoscópio de Pinard de plástico

Fita métrica

Pacotes com gaze

Escova de unha

Sabão líquido

Rolo de barbante para ligadura do cordão umbilical

Luvas descartáveis

Álcool a 70%

Saco plástico transparente (polietileno)

Almontolia ou pinceta média, para acondicionar o álcool

Tesoura comum para uso pessoal

Livro da Parteira

Lápis/caneta e borracha

Caderno pequeno para anotações

Balão auto-inflável com válvula reguladora

Máscaras para balão

Bulbo ou pêra de borracha

Estetoscópio adulto

Gorro/toca capilar

Coberta de flanela para o recém-nascido

Avental plástico

Forro protetor