

ESTADO, GOVERNO E SAÚDE:

Onde dados Epidemiológicos são territórios para tomada de decisão

STATE, GOVERNMENT AND HEALTH:

Where Epidemiological Data are Territories for Decision-Making

ESTADO, GOBIERNO Y SALUD:

Donde los datos epidemiológicos son territorios para la toma de decisiones

- GT12 - Avaliação de Políticas Públicas

COSTA, Tania Francisca de Aguiar. Mestrado Profissional em Administração Pública - PROFIAP – Universidade Federal de São João del Rei.2026.

RESUMO

Este artigo aborda a relação entre Estado, Governo e Saúde Pública, com este “tripé” analisando como políticas governamentais buscam suprir demandas não atendidas pelo mercado, especialmente para populações sem recursos financeiros que dependem do governo para assistência em saúde. No Brasil, cabe analisar se o Sistema Único de Saúde (SUS), como fruto de uma política pública, constitui-se afirmativamente ou ainda precisa buscar alternativas em seu desenvolvimento e compreender indicadores epidemiológicos para avaliar a saúde em busca de análises que aproximem o SUS do seu ideal.

Palavras-chave: Governo. Estado. Saúde Pública. Indicadores Epidemiológicos. SUS.

Abstract

This article addresses the relationship between the State, Government, and Public Health, with this "tripod" analyzing how government policies seek to meet unmet market demands, especially for populations without financial resources who depend on the government for healthcare. In Brazil, it is necessary to analyze whether the Unified Health System (SUS), as a result of public policy, is positively constituted or still needs to seek alternatives in its development and understand epidemiological indicators to evaluate health in search of analyses that bring the SUS closer to its ideal.

Keywords: Government. State. Public Health. Epidemiological Indicators. SUS.

RESUMEN

El presente artículo analiza la relación vigente entre el Estado, el Gobierno y la salud pública. Este "trípode" analiza cómo las políticas gubernamentales buscan satisfacer las demandas no satisfechas por el mercado, especialmente de las poblaciones sin recursos económicos que dependen del gobierno para su atención médica. En Brasil, es necesario analizar si el Sistema Único de Salud (SUS), como resultado de una política pública, está constituido o si aún necesita buscar alternativas en su desarrollo y comprender los indicadores epidemiológicos para evaluar la salud, buscando análisis que acerquen al SUS a su ideal.

Palabras clave: Gobierno. Estado. Salud Pública. Indicadores Epidemiológicos. SUS.1.

Introdução:

Este estudo analisa boas práticas de monitoramento epidemiológico e indicadores de avaliação em políticas públicas de saúde.

A trajetória de políticas públicas de saúde no Brasil “aponta desafios e limitações em sua implementação” (SARRETA 2009), em que problemas de gestão, fiscalização e falta de conhecimento dos cidadãos em seus direitos e deveres são eminentes.

Há prioridade para ações hospitalares em vez da atenção primária à saúde. A municipalização e o controle social ainda são pouco avançados, e a dificuldade para acessar especialidades médicas e cirúrgicas evidencia a importância de analisar indicadores epidemiológicos ao criar políticas públicas voltadas para a saúde coletiva (SARRETA 2009).

Este estudo pretende falar em saúde pública pelo viés da não-saúde utilizando o monitoramento epidemiológico enquanto ferramenta de gestão para políticas públicas, sob perspectiva de varredura bibliográfica, utilizando a Coordenação de Pessoal de Nível Superior-CAPES e outros veículos, enquanto território do MEC e o Ministério da Saúde-MS, na busca de artigos, informações, documentos e teses que corroborem para a pesquisa-ação. Relacionando métodos e práticas inovadoras que vêm sendo adotadas, numa pesquisa qualiquantitativa (BARDIN 2009), destacar-se-á a importância da notificação epidemiológica, como mecanismo de monitoramento para indicadores de avaliação, na formulação de políticas públicas em saúde.

Assim, considerando o contexto brasileiro, marcado por desafios históricos e estruturais. A questão de saúde pública remota décadas.

Poderíamos dar o pontapé inicial falando que, desde o ano de 1995 “engatinha” a reforma da administração pública no Brasil com o Governo de Fernando Henrique Cardoso (SPINK 96, p.147) e que a mesma poderá ser conhecida como a segunda reforma administrativa do Brasil, uma vez que a primeira foi em 1936, citando também de 1967. Mas esta atual reforma se apoia na proposta de administração pública gerencial segundo diversos autores, buscando atender da melhor maneira o cidadão que passa a ser visto como um freguês que merece todo o cuidado e respeito de um serviço adequado nas diversas áreas em que o Governo necessita intervir, como é o caso da saúde.

Resgata-se, então, que desde a antiguidade, a sociedade vem se transformando de forma progressiva até chegar ao que chamamos hoje de “Era do Conhecimento” (SPINK 96, p.161), sendo assim, no primeiro momento dessa nova era, “as relações sociais eram quase inexistentes, mas hoje, as pessoas estão organizadas e dependentes da sociedade para quase todas as atividades que precisam desenvolver” (SPINK/96).

Daí, a crise do Estado implicou a necessidade de reforma fazendo obrigatória a redefinição de papéis e funções outrora estagnadas, para possibilitar também que a economia nacional se tornasse internacionalmente competitiva, uma vez que a regulação e a intervenção continuam necessárias na educação, na saúde, na cultura, no desenvolvimento tecnológico, nos investimentos em infraestrutura, de maneira a satisfazer e fortalecer o mercado interno de modo a torná-lo competitivo inclusive nesta sociedade globalizada.

2. Um pouco de história

Resgata-se, então, que desde a antiguidade, a sociedade vem se transformando de forma progressiva até chegar ao que chamamos hoje de “Era do Conhecimento” (SPINK 96, p.161), sendo assim, no primeiro momento dessa nova era, “as relações sociais eram quase inexistentes, mas hoje, as pessoas estão organizadas e dependentes da sociedade para quase todas as atividades que precisam desenvolver” (SPINK/96).

Daí, a crise do Estado implicou a necessidade de reforma fazendo obrigatória a redefinição de papéis e funções outrora estagnadas, para possibilitar também que a economia nacional se tornasse internacionalmente competitiva, uma vez que a regulação e a intervenção continuam necessárias na educação, na saúde, na cultura, no desenvolvimento tecnológico, nos investimentos em infraestrutura, de maneira a satisfazer e fortalecer o mercado interno de modo a torná-lo competitivo inclusive nesta sociedade globalizada.

Segundo Bresser Pereira (1998) e Paula (2005) citam em seus trabalhos “a partir dos anos setenta surgiram principalmente nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha programas governamentais voltados para o aumento da eficiência e a melhoria da qualidade dos serviços prestados ao cidadão, cuja denominação genérica é “gerencialismo” na administração pública ou mais conhecido pelo termo ‘managerialism’”.

Assim, foi acontecendo nos outros países inclusive no Brasil este gerencialismo de maneira a relacionar a Gerência Pública a situações positivas, Gerências Privadas, uma destas, a busca pela eficiência, o que veio dar abertura para a concepção deste novo papel do cidadão, o de cidadão consumidor e conhecedor de seus direitos e deveres.(BRESSER 98, p.33).

De acordo com os estudos de Bresser Pereira (1998, p.36) a proposta da administração pública gerencial no Brasil foi confundida com as ideias Neoliberais de reduzir o gasto público e o número de funcionários como resposta às limitações orçamentárias, e assim aproveitaram também a deixar para se justificarem ao enxugar a máquina administrativa em virtude da crise do Estado que começou a se apresentar desde os anos 80.

Percebe-se que tanto o modelo de administração pública burocrática quanto o modelo gerencial oposto, buscam soluções de problemas, e que é preciso combater o nepotismo e a corrupção para a máquina administrativa “não fundir” e conciliar desta forma os trabalhos que devem ser oferecidos a toda comunidade.

Porém, os detentores do poder público continuam com argumentos que não são ideais e os procedimentos rígidos para isto não ocorrem, uma vez que existe uma nítida rejeição da sociedade em relação às pessoas que confundem patrimônios públicos e privados, quando a palavra correta não é confundem e sim se apropriam indevidamente destes, tema este mais presente a todos ultimamente, pois, em nosso país nada mais parece estar oculto, mas ainda não se destruiu a “erva daninha” da corrupção e ingerências que continuam ocorrendo, apesar desta aparente transparência de informações.(Bresser-Pereira, 1998)

Já que “a administração gerencial está orientada para o cidadão e é baseada na descentralização e no rígido controle sobre o desempenho organizacional aferido por indicadores e definidos por contratos de gestão” (BRESSER PEREIRA, 1996, p.37), novas diretrizes já estavam sendo visualizadas em busca de novos caminhos.

Sendo assim, o resgate da esfera pública como instrumento do exercício da cidadania, assim percebendo também seus funcionários, hoje servidores públicos em que o Estado deve ser entendido como ponte onde o cidadão exerce sua cidadania e todo e qualquer esforço de reforma, portanto, deve ter como objetivos em melhorar a qualidade da prestação do serviço(Bresser-Pereira, 1998).

A trajetória de políticas públicas de saúde no Brasil “aponta desafios e limitações em sua implementação” (SARRETA 2009), em que problemas de gestão, fiscalização e falta de conhecimento dos cidadãos em seus direitos e deveres são eminentes.

Há prioridade para ações hospitalares em vez da atenção primária à saúde. A municipalização e o controle social ainda são pouco avançados, e a dificuldade para acessar especialidades médicas e cirúrgicas evidencia a importância de analisar indicadores epidemiológicos ao criar políticas públicas voltadas para a saúde coletiva (SARRETA 2009).

Este estudo pretende falar em saúde pública pelo viés da não-saúde pelo monitoramento epidemiológico enquanto ferramenta de gestão para políticas públicas, sob perspectiva de varredura bibliográfica, utilizando a Coordenação de Pessoal de Nível Superior-CAPES e outros veículos, enquanto território do MEC e o Ministério da Saúde-MS, na busca de artigos, informações, documentos e teses que corroborem para a pesquisa-ação. Relacionando métodos e práticas inovadoras que vêm sendo adotadas, numa pesquisa qualiquantitativa (BARDIN 2009), destacar-se-á a importância da notificação epidemiológica, como mecanismo de monitoramento para indicadores de avaliação, na formulação de políticas públicas em saúde.

Assim, considerando o contexto brasileiro, marcado por desafios históricos e estruturais. A questão de saúde pública remota décadas.

A Constituição Federal de 1988 estabelece nos artigos 196 a 200 que a saúde é um direito universal e dever do Estado. (Brasil 1988).

Desde a antiguidade, a sociedade evoluiu progressivamente até a chamada “Era do Conhecimento” (SPINK 96, p.161). Inicialmente, as relações sociais eram quase ausentes, mas hoje, segundo o autor, dependemos da organização social para praticamente todas as atividades.

Segundo Bresser-Pereira (1998), a reforma da administração pública no Brasil durante o governo de Fernando Henrique Cardoso trouxe ganhos significativos para os setores público e privado.

Bresser (1998) considera essa iniciativa como a segunda grande reforma administrativa do país — a primeira ocorreu em 1936, em menor escala, e outra importante aconteceu em 1967. A reforma de 1936 marcou o início da modernização administrativa, ainda que de forma limitada. Já a de 1967 promoveu mudanças estruturais mais profundas na máquina pública.

Segundo Paula (2005), temos que no período 1889-1929 (República Velha) e (1930-45 na era Vargas), “a centralização do poder na cúpula e o autoritarismo do poder público foram traços distintivos da administração pública brasileira...”, percebendo assim uma tentativa de profissionalizar o serviço público. Em 1936, com a criação do Departamento de Administração do Serviço Público – DASP, o Estado conseguiu se organizar quanto ao planejamento, orçamento e administração de pessoal. Já entre 1945 e o golpe de 1964, com o governo populista, a reforma do Estado foi limitada pelas forças políticas que sustentavam o governo e o impeliam a acomodar o sistema de mérito e o emprego público como favor político. (Paula, 2005, p.55).

Entre 1945 e o golpe de 1964, as mudanças de governo e suas políticas limitaram a reforma do Estado devido à influência de forças políticas que apoiavam o governo. Isso levou à acomodação do sistema de mérito e ao uso do emprego público como favor político. (Paula, 2005, p.55).

Daí, a reforma dos anos 1990, por sua vez, buscou aproximar o setor público dos padrões de eficiência do setor privado. Assim, é possível acompanhar o desenvolvimento das reformas políticas e suas consequências para as ações e políticas públicas (Bresser-Pereira 1998, p.33).

As propostas do movimento sanitário foram amplamente veiculadas pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde-CEBES (1976), por meio da revista Saúde em Debate, de livros publicados e de seu quadro de associados, em cujas atividades e quadro de associados da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva foram alardiados— ABRASCO (1979).

A repercussão deste movimento nas políticas públicas já se fez sentir durante a década de 80, no contexto de redemocratização do Estado brasileiro. Foram várias as políticas definidas para o setor da saúde que avançaram o projeto do movimento sanitário, dentre as quais destaca-se duas de grande relevância para a estruturação do SUS: as Ações Integradas de Saúde (AIS), desenvolvidas no período 1981-1984, e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) vigente no período 1987-1989. ABRASCO (1979).

Outro marco decisivo para a formulação do SUS foi a realização, com ampla participação social, da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cujas contribuições e relatório final constituíram subsídios fundamentais para a discussão da Assembleia Nacional Constituinte (1987/88), que elaborou e aprovou a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

As propostas do movimento sanitário foram amplamente veiculadas pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde-CEBES (1976), por meio da revista Saúde em Debate, de livros publicados e de seu quadro de associados, e pelas atividades e quadro de associados da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO (1979).

A complexidade e multidisciplinaridade dos problemas de saúde vêm exigindo novas alianças e consensos buscando garantir o “aprendizado compartilhado”. Projetos e iniciativas públicas são integrados e territorializados.

As exigências em torno da saúde passam a ser compatibilizadas às exigências de trabalho, renda, educação, lazer e cultura da população.

Os gestores municipais, a partir de sua experiência no processo de formulação e implementação de agendas sociais orientadas por problemas e necessidades locais, passam a protagonizar o processo de constituição de formas criativas de accountability e sustentação de redes sociais.

No Brasil, enfatizando o caráter multidimensional da saúde, possibilitou a maior familiarização com o debate e com os desafios políticos incorporados ao projeto de cidades e municípios saudáveis.

Na verdade, as políticas públicas saudáveis envolvem um duplo compromisso: o compromisso político de situar a saúde no topo da agenda pública, promovendo-a de setor da administração a critério de governo, e o compromisso técnico de enfatizar, como foco de intervenção, os fatores determinantes do processo saúde-doença.

Segundo ANDRADE (1975) a saúde e não mais a doença, torna-se o alvo da intervenção pública e, o predomínio das práticas assistenciais são 32 Faculdades de Minas questionado. No desenho de novas atribuições públicas voltadas à construção de “ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde”, são incorporadas novas necessidades, demandas e sujeitos sociais.

Referente ao intercâmbio e a interação entre instituições públicas, privadas, organizações governamentais e grupos voluntários são, assim, identificados como processos prioritários para a efetividade do compromisso com a construção de ambientes saudáveis. (ANDRADE 1975)

O I Fórum Brasileiro de Municípios Saudáveis, realizado em 1998 e o XIV Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde são alguns dos eventos que reafirmaram a adesão dos municípios à proposta de promoção da saúde enquanto elemento chave de um processo que pretende significar a luta pela saúde e qualidade de vida, adequando as opções do modelo de desenvolvimento 34 Faculdades de Minas econômico e social e permitindo a construção cotidiana da intersectoralidade (CONASEMS, 1998).

Um sistema de saúde baseado na atenção primária orienta suas estruturas e funções para os valores de equidade e solidariedade social, e ao direito de todo ser humano de gozar do mais alto nível de saúde que pode ser alcançado sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social em busca ideal de propósitos.

Em busca de princípios necessários para manter 36 Faculdades de Minas sistema desta natureza são a capacidade de responder de forma equitativa e eficiente às necessidades de saúde dos cidadãos, incluindo a capacidade de monitorar o progresso para a melhoria contínua a renovação; a responsabilidade e obrigação dos governos de prestar contas; a sustentabilidade; a participação; a orientação para os mais altos padrões de qualidade e segurança; e a implementação de intervenções intersectoriais.

Isto para falar que em 1990 veio nossa Lei 13.080 criando o Sistema Único de Saúde-SUS enquanto política pública de Governo com princípios e diretrizes que se misturam e reafirmam que todos têm direito e integralidade de saúde pública.

Nesse contexto, a Constituição Cidadã passa a definir que “[...] saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), o que significa que é direito de todo brasileiro usufruir de políticas públicas econômicas e sociais que reduzam riscos e agravos à saúde.

Várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde preconizada na Carta Magna. Corroborando com o definido na Constituição de 1988 (CF/88), a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, tanto fundamenta a proposta de saúde como direito de todos quanto regulamenta o SUS em seu artigo 4º como o: conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...] (

A Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e, posteriormente, o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, também fundamentam os princípios definidos na CF/88, estabelecendo a organização do SUS, o planejamento da assistência à Saúde Pública no Brasil e a articulação interfederativa, com a criação das Regiões de Saúde. Cada região deve oferecer serviços de atenção primária, urgência e emergência, atendimento psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além de vigilância em saúde (BRASIL, 2011d).

Outro marco decisivo para a formulação do SUS foi a realização, com ampla participação social, da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cujas atribuições e relatório final constituíram subsídios fundamentais para a discussão da Assembleia Nacional Constituinte (1987/88), que elaborou e aprovou a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

3. Resultados e vieses

Dados Gerais sobre o Sistema Único de Saúde: O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente

gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer

Segundo o MS a rede Ambulatorial do SUS é constituída por 56.642 unidades, sendo realizados, em média, 350 milhões de atendimentos ao ano.

Esta assistência estende da atenção básica até os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade.

Em 2001, foram feitas cerca de 250 milhões de consultas, das quais 165 milhões na atenção básica, incluindo pré-natal e puericultura. e 85 milhões de consultas especializadas.

Nesse mesmo ano foram realizados 200 milhões de exames laboratoriais, 6 milhões de exames ultrassonográficos, 79 milhões de atendimentos de alta complexidade, tais como: tomografias, exames hemodinâmicos, ressonância magnética, sessões de hemodiálise, de quimioterapia e radioterapia. 20

São 6.493 hospitais, públicos, filantrópicos e privados, com um total de 487.058 leitos, onde são realizadas em média pouco mais de 1 milhão de internações por mês, perfazendo um total de 12,5 milhões de internações por ano.

As internações realizadas vão da menor complexidade, tais como internações de crianças com diarreia, até as mais complexas, como a realização de transplantes de órgãos, cirurgias cardíacas, entre outras que envolvem alta tecnologia e custo.

Esta área, organizada num Sistema implantado em 1990, denominado Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), constitui-se na maior casuística hospitalar existente no mundo paga por um mesmo financiador.

Para exemplificar, foram realizadas no ano 2000 2,4 milhões de partos, 72 mil cirurgias cardíacas, 420 mil internações psiquiátricas, 90 mil atendimentos de politraumatizados no sistema de urgência emergência, 7.234 transplantes de órgãos, sendo que 2.549 de rim, 385 de fígado e 104 de coração.

São dispendidos, pelo MS recursos da ordem de R\$ 10,5 bilhões por ano para custeio dos atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e hospitalares, além de R\$ 3 bilhões para a Atenção Básica.

Em 1995, o SUS realizou 13,2 milhões de internações hospitalares e, em 2001, 12,2 milhões, uma redução de 7,9%. Os gastos, mesmo com a redução ocorrida no período, passaram de R\$ 3,5 bilhões em 1995 para R\$ 5,1 bilhões em 2001, um crescimento de 43,1%.

No entanto, vale ressaltar que a redução no número de internações não ocorreu em todas as Regiões. Enquanto no Sudeste ocorreu uma redução de 14,8% (mais de 800 mil internações por ano), no Centro-Oeste ocorreu um crescimento de 8,2% e no Norte um crescimento de 7,4%.

Este crescimento decorreu, muito provavelmente, de ampliação do acesso aos serviços hospitalares, como resultado do aumento significativo de recursos federais alocados nos estados dessas regiões nos últimos anos.

A redução da frequência de internações hospitalares nas Regiões Nordeste, Sul e Sudeste têm motivos diversos. De um modo geral, a evolução da medicina tem levado a que muitos procedimentos que requeriam a internação do paciente passassem a ser realizados em regime ambulatorial.

No Nordeste, a redução está provavelmente associada ao fortalecimento da Atenção Básica, à atuação dos Agentes Comunitários de Saúde e aos investimentos em saneamento básico.

As críticas destacavam o acesso restrito e desigual da população brasileira a ações e serviços públicos de saúde para a resolução de seus problemas; a distribuição irracional e territorialmente concentrada da oferta de ações e serviços públicos de saúde; a ação fragmentada das esferas nacional e subnacionais de governo na gestão dos problemas sanitários; a ação desarticulada das diferentes redes de serviços (básica especializada e de atendimento hospitalar); o desperdício de recursos financeiros; o planejamento e a gestão pública centralizada – frutos da trajetória fragmentada da política de saúde brasileira e da centralização da ação governamental no regime autoritário.

A ideia de criação de um sistema único de saúde, assim denominado, foi sendo construída por este amplo movimento político, com o propósito de reorganizar a ação do Estado no território nacional, visando assegurar o acesso universal e igualitário da população a um cuidado integral a sua saúde, sem qualquer discriminação e independentemente da oferta de serviços disponível em seu lugar de moradia eficácia e qualidade à atenção à saúde de toda a população brasileira.

Esta rede seria regida pelos mesmos princípios e diretrizes e seria integrada pelo conjunto de todas as ações e serviços públicos prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Isto é, os postos de saúde municipais, os centros de saúde estaduais, os postos de assistência médica do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social-INAMPS, os hospitais federais, estaduais e municipais, os hospitais universitários seriam integrados em um único sistema, com unicidade conceitual e operativa, cuja direção seria única em cada esfera de governo: do Ministério da Saúde, no governo federal; das secretarias estaduais de saúde ou órgão equivalente, nos governos estaduais; e, das secretarias municipais de saúde ou órgão equivalente, nos governos municipais.

É esta interface que se pretende estudar, analisando boas práticas em políticas públicas de saúde e indicadores epidemiológicos que possam nortear caminhos relacionados à avaliação de indicadores na tomada de decisão na esfera pública.

Segundo ROUQUAYROL (2009) a epidemiologia brasileira apresenta fundamentos teóricos e metodológicos como referência essencial para perceber a evolução desta e sua aplicação na saúde pública.

A autora equaliza suas ideias com GORDIS (2004) quando este autor menciona exemplos e práticas que destacam conceitos básicos de epidemiologia e métodos de investigação que auxiliam tanto a estudantes quanto profissionais iniciantes da área de saúde.

Já com MEDONHO (2004), o autor relaciona diversos especialistas brasileiros incluindo ações específicas sobre indicadores de saúde e vigilância epidemiológica auxiliando no entendimento na gestão e avaliação de políticas públicas que trazem à luz a importância destes indicadores na gestão pública em saúde.

Quando falamos em monitoramento de saúde podemos falar em indicadores de saúde em que COSTA (2009) além de dedicar capítulo exclusivo aos indicadores de saúde, aborda os tipos, limitações e formas de utilização em referência direta aplicando esses indicadores em análise de saúde coletiva.

Falando em resultados: a Lei Orgânica da Assistência Social (lei 8742/1993); as Normas Operacionais Básicas do SUS 01/93 e 01/96 e a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/02

de 27 de fevereiro de 2002, podem nos ajudar a entender intervenções afirmativas que buscam solucionar lacunas assistenciais.

A história das políticas de saúde no Brasil pode ser contada a partir de, pelo menos, duas trajetórias institucionais distintas: a trajetória institucional do campo da saúde pública e a trajetória institucional do campo da assistência médica.

Antes do SUS, o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios e de fundações financiadas com recursos internacionais, desenvolvia quase que exclusivamente, e sem qualquer tipo de discriminação com relação à população beneficiária, ações de promoção e proteção da saúde por meio de atividades educativas e preventivas, típicas do campo da saúde pública, entre as quais se destacam: campanhas sanitárias para o controle e profilaxia de doenças como 23 Faculdades de Minas tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis, serviços de combate a endemias; saneamento básico; imunizações, alimentação e nutrição, educação para a saúde.

No que se refere às ações para recuperação da saúde, o Ministério da Saúde realizava algumas atividades de assistência médica em poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose.

Em síntese, Segundo o Conselho Nacional de Assistência à Saúde- CONASSENS em 1988 a história da ação do Estado nesta área social desenvolveu-se a partir de duas trajetórias institucionais principais: a das ações e serviços de saúde pública/saúde coletiva, dirigida à população em geral, sob responsabilidade das esferas subnacionais de governo e do Ministério da Saúde; e as ações de 24 Faculdade de Minas assistência médica ambulatorial e hospitalar, realizadas pela Previdência Social, dirigidas, principalmente, aos trabalhadores empregados no mercado formal de trabalho urbano. Cada uma com financiamento, administração, lógica e cultura institucional própria.

Este percurso resultou no desenvolvimento de um padrão de intervenção estatal centralizado, fragmentado institucionalmente, e que, segmentando clientela, produziu grandes disparidades no acesso da população brasileira a ações e serviços públicos de saúde.

A proposta de construção de um único sistema de saúde foi desenvolvida no âmbito de um amplo movimento político pela reforma do setor saúde, identificado como movimento sanitário. O movimento sanitário atravessou os anos 70 e 80, formado por uma frente de oposição e crítica ao padrão centralizado, fragmentado e desigual de intervenção estatal no campo sanitário, que reuniu profissionais de saúde com atuação nas áreas de pesquisa, formação de recursos humanos, serviços e formulação de políticas, partido políticos progressistas, movimentos populares pela saúde, movimento sindical, movimento municipalista.

Por fim, integra o campo de atuação do SUS, atividades de articulação de políticas e programas de interesse para a saúde no âmbito de Comissões Inter setoriais de âmbito nacional, criadas com esta finalidade e subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, bem como atividades voltadas à integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

A Lei 8142/1990 instituiu duas “instâncias colegiadas” para a “participação da comunidade” na gestão do SUS em cada esfera de governo: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

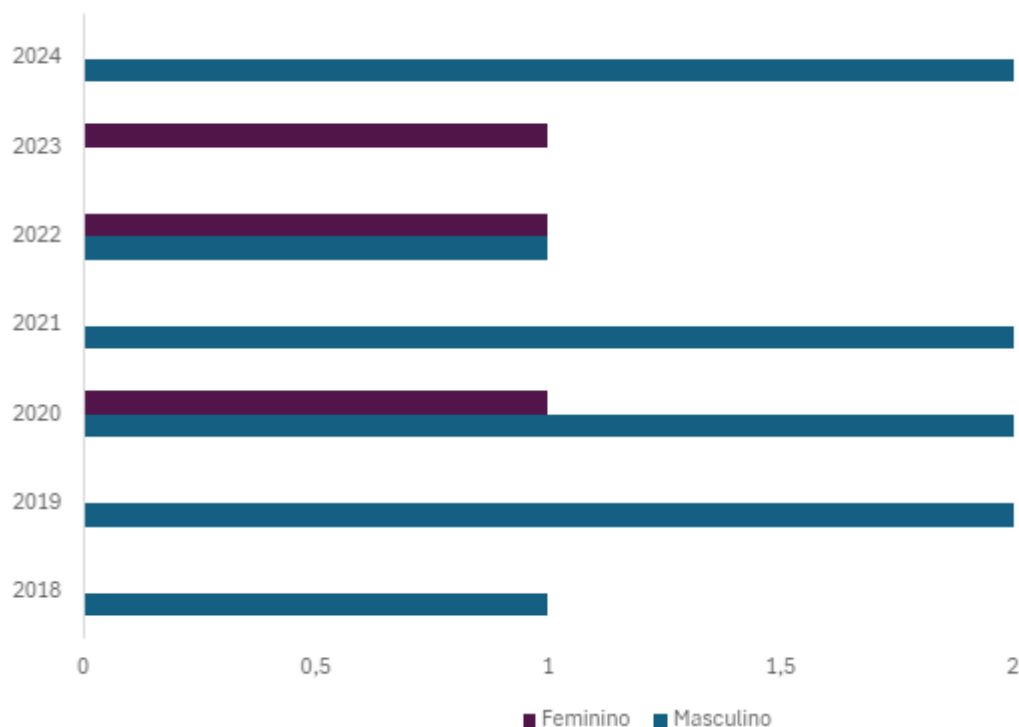
Dessas instâncias, participam os seguintes segmentos da sociedade: usuários dos serviços de saúde, prestadores de serviços, profissionais de saúde e governo.

Esta lei assegura aos usuários representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos tanto nas Conferências como nos Conselhos, projetos e mais programas em busca de tornar real o SUS ideal em que constitui nos dias contemporâneos a busca do Ministério da Saúde segundo a mídia alardeia constantemente.

A pandemia do COVID-19 nos deixou perceber que o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer e atenção básica para toda população.

Esses resultados evidenciam a necessidade de interpretação cautelosa dos dados e consideração do contexto local para compreender se a redução observada reflete o efetivo controle da hanseníase ou lacunas na vigilância epidemiológica.

Figura 03 - Número de casos novos de hanseníase por gênero e ano de diagnóstico – Microrregião de saúde de São João del Rei-MG, 2018 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e uso do Tabwin para hanseníase.

Assim, utiliza-se neste artigo a hanseníase como exemplo de monitoramento e relevante indicador de saúde para que políticas em saúde possam ser executadas de maneiras mais adequadas pelo Sistema Único de Saúde.

A experiência, importante exemplo de organização de serviços de vigilância, também deixa evidente que potencializar a vigilância pelos serviços privados de saúde exige ações contínuas e sistemáticas, que realmente produzam os resultados esperados em termos de notificação.

Vital e colaboradores (2006) avaliaram laboratórios de Saúde Pública que são referência para dengue, febre amarela e febre maculosa, a partir da visão de seus profissionais sobre o desenvolvimento da ciência e tecnologia no âmbito dessas instituições. Os resultados dessa pesquisa mostram o potencial dos laboratórios de Saúde Pública para a execução de pesquisas científicas, todavia incipiente, e indicam caminhos para esse desenvolvimento e relevância de monitoramento nas áreas de saúde para avaliação de indicadores epidemiológicos.

Desde os anos 1980, reconhecem-se quatro principais áreas da epidemiologia nos serviços de saúde: vigilância em saúde pública, análise da situação de saúde, identificação de perfis e fatores de risco e avaliação de serviços epidemiológicos (WALDDM, 1998; 7(3):7-26).

A análise destas quatro áreas de aplicação da epidemiologia nos serviços de saúde, proporcionando organizar estratégias, contribuindo para o desenvolvimento da saúde coletiva. Ratifico o objetivo, conforme BRAGA (2009) quando cita a ferramenta vigilância epidemiológica para o monitoramento e avaliação de indicadores para favorecer a integração entre dados e políticas de saúde.

Para Szklo (2014), “não bastam cálculos para a tradução dos conhecimentos epidemiológicos ser efetiva”. A observação da realidade e princípios éticos influenciam a análise de evidências científicas e decisões em políticas. Medidas de frequência, associação de riscos, validade, controle e vieses devem ser avaliadas para permitir uma análise multivariada e ressaltar a importância da interferência causal na correta interpretação dos dados.

Percebe-se assim, a importância da notificação epidemiológica. Szklo (2014).

Segundo o Ministério da Saúde (2023), em suas publicações oficiais destinadas a profissionais e gestores, apresenta fundamentos teóricos, metodologias e conceitos para o monitoramento e avaliação de indicadores alinhados ao SUS. Estudos epidemiológicos que podem servir como subsídio auxiliando no planejamento de serviços e ações de saúde.

Denota, ainda, a relevância do estudo da avaliação de indicadores epidemiológicos em boas práticas de política pública em saúde coletiva.

São inúmeros os indicadores utilizados para mensurar as mais diferentes doenças, o que nos deixaria de certa forma sem direção, mas no Brasil e no mundo através de estatísticas limítrofes de ocasião de uma doença indicadores globais ou relativos são utilizados.

Para o gerenciamento e planejamento entende-se por letalidade o maior ou menor poder que tem uma doença em provocar a morte das pessoas que adoeceram por esta doença.

Segue o desenho abaixo indicadores que podem ser utilizados para o estado de saúde de uma população.



Fonte: Autor desconhecido. *Indicadores do estado de saúde de uma população.*

Considerações finais

Quando falamos em Estado e Governo, percebe-se a relação, mas são entes distintos apesar de atuarem de forma descentralizada, existe a hierarquia em que a intervenção governamental vem com ceticismo se será mesmo do interesse coletivo e se tal ou tais medidas adotadas pelo Governo atingirão os objetivos propostos pelo Estado de maneira atingir o coletivo de maneira efetiva e eficaz em que se atenda às necessidades da população.

Percebe-se ao desenhar o quadro de um País descoberto de maneira desprogramada segundo diversas literaturas, foi explorado no seu âmago e este povo, em sua maioria, não teve a oportunidade de um desenvolvimento cultural, econômico e social passando estar reféns de Políticas Públicas para que as diversas situações e no caso a saúde coletiva esteja sob a égide do Governo devido tais carências econômicas e financeiras da população,

Várias são as discussões no Brasil sobre a saúde pública e pressupõe-se a relevância de indicadores, no caso, epidemiológicos. E, sucessivamente, a necessidade de formatar este projeto chamado na atualidade de Sistema Único de Saúde – SUS para que saia do real e atingisse o ideal necessário.

Portanto, perceber a colaboração dos atores públicos enquanto monitores da saúde, e devidos indicadores epidemiológicos, neste enredo territorial, é necessário independentemente de Políticas Públicas, mas já percebidos necessários para a tomada de decisões neste tripe: Governo, Estado e Saúde.

As mudanças de governo influenciam diretamente a linearidade ou descontinuidade das decisões políticas. Na saúde coletiva, indicadores epidemiológicos são essenciais para orientar

decisões e alocação de recursos públicos; entretanto, é válido questionar se as notificações realmente refletem a situação real, uma pesquisa direcionada poderia nos trazer ganhos de conhecimento ou mais pesquisas que **saúde coletiva**?

Referências: Normas APA.

- Abrucio, F. L. (2007). *Trajetória recente da gestão pública brasileira: Um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas*.
- Alves, E. D., Ferreira, T. L., & Ferreira, I. N. (2014). Hanseníase: Avanços e desafios. In *Hanseníase: Avanços e desafios* (p. 492).
- Andrade, L. O. M. (2001). *SUS passo a passo: Normas, gestão e financiamento*. Hucitec; UVA.
- Arouca, A. S. S. (1975). *O dilema preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*.
- Araújo, M. G. (2003). Hanseníase no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 36, 373–382.
- Arretche, M. T. S. (2003). Dossiê agenda de pesquisas em políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 18(51), 7–10.
- Bona, S. H., et al. (2015). Recidivas de hanseníase em centros de referência de Teresina, Piauí, 2001–2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(4), 731–738.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Guia de vigilância epidemiológica* (7ª ed.).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). *Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: Manual técnico-operacional*.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. (2017). *Guia prático sobre a hanseníase*.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022). *Hanseníase: Boletim epidemiológico (número especial)*.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. (2023). *Nota técnica nº 3/2023-CGDE/DEDT/SVSA/MS: Orientações sobre o fornecimento e uso do teste rápido imunocromatográfico para determinação qualitativa de anticorpos IgM anti-Mycobacterium leprae*.
- Bresser-Pereira, L. C. (1996). Da administração pública burocrática à gerencial. *Revista do Serviço Público*, 120(1).
- Bresser-Pereira, L. C. (1998). Gestão do setor público: Estratégia e estrutura para um novo Estado. In L. C. Bresser-Pereira & P. Spink (Orgs.), *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. Editora FGV.
- Capella, A. C. (2006). Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas.
- Dye, T. (1975). *Understanding public policy*. Prentice-Hall.
- Faria, C. A. P. (2003). Ideias, conhecimento e políticas públicas: Um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 18(51), 21–30.
- Frey, K. (2000). Políticas públicas: Um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil.
- Kingdon, J. (2003). *Agendas, alternatives, and public policies* (3rd ed.). HarperCollins. (Original work published 1984)

- Ker, R. S., et al. (2016). A importância da busca ativa como estratégia de controle da hanseníase em territórios endêmicos. *Hansenologia Internationalis*, 41(1/2), 55–63.
- Lopes, C. N., et al. (2020). A insustentável leveza do toque: Aprendizagens em hanseníase. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 7710–7721.
- Mead, L. M. (1995). Public policy: Vision, potential, limits. *Policy Currents*, 1–4.
- Mendonça, V. A., et al. (2008). Imunologia da hanseníase. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 83, 343–350.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (s.d.). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*.
- Moreira, R. J. O., et al. (2023). Características clínico-epidemiológicas e tendência temporal de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no estado do Maranhão, 2011–2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 32, e2022435.
- Moreno, C. M. C., Enders, B. C., & Simpson, C. A. (2008). Avaliação das capacitações de hanseníase: Opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61, 671–675.
- Neto, L. B. P., et al. (2022). A importância da busca ativa como estratégia no rastreamento da hanseníase no bairro São José, Imperatriz–MA. *Research, Society and Development*, 11(9), e24711931827.
- Oliveira, M. T. D. C., et al. (2004). A subnotificação de casos de aids em municípios brasileiros selecionados: Uma aplicação do método de captura-recaptura. *Boletim Epidemiológico AIDS*, 18(1), 7–11.
- Paula, A. P. P. de. (2005). *Por uma nova gestão pública*. Editora FGV.
- Simon, H. (1957). *Comportamento administrativo*. USAID.
- Silva, G. A., & Oliveira, C. M. G. (2014). O registro das doenças de notificação compulsória: A participação dos profissionais da saúde e da comunidade. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 4(3), 215–220.
- Silva, P. L. B., & Melo, M. A. B. (2000). O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: Características e determinantes da avaliação de programas e projetos. *Caderno NEPP/UNICAMP*, (48), 1–16.
- Souza, C. (2006). Políticas públicas: Uma revisão da literatura.
- Spink, P. K. (1996). On houses, villages and knowledges. *Organization*, 8(2), 219–226.
- Wolf, J. M., et al. (2018). Avaliação do desempenho de um teste rápido imunocromatográfico no diagnóstico de hanseníase em uma região endêmica no norte do Brasil. *Clinical and Biomedical Research*, 38(4).
- Wollmann, H. (1985). Policy-Forschung – Ein Kernbereich der Politikwissenschaft. In H.-H. Hartwich (Org.), *Policy-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland*. Westdeutscher Verlag.