

Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências

Boundaries of the autonomy of local health administration: innovation, creativity and evidence-based decision-making

Silvio Fernandes da Silva ¹
Nathan Mendes Souza ²
Jorge Otávio Maia Barreto ³

Abstract *The scope of this article was to identify the boundaries of the autonomy of local administration in the context of the federal pact in the Brazilian Unified Health System and the importance and potential for promoting innovation, creativity and evidence-based decision-making by local governments. The methodology used was to ask questions that favored dialogue with the specific literature to identify the influence of centrally-formulated policies in spaces of local autonomy and then to identify strategies to foster innovation, creativity and the systematic use of evidence-based research in health policy implementation. A gradual reduction in municipal decision-making autonomy was detected due to increased financial commitment of the municipalities resulting from responsibilities assumed, albeit with the possibility of reverting this trend in the more recent context. Some determinants and challenges for the dissemination of innovative practices were analyzed and some relevant national and international experiences in this respect were presented. The conclusion drawn is that it is possible to make local decision-making more effective provided that initiatives are consolidated to promote this culture and the formulation and implementation of evidence-based health policies.*

Key words *Decentralization, Local government, Health systems, Innovation, Evidence in health*

Resumo *O propósito deste artigo foi identificar as fronteiras da autonomia da gestão municipal no contexto do pacto federativo do Sistema Único de Saúde brasileiro e a importância e possibilidade de fomentar inovação, criatividade e tomada de decisão, informada pelas melhores evidências pelos governos locais. Metodologicamente partimos de questões que propiciaram diálogo com a literatura específica, visando identificar a influência das políticas com formulação centralizada nos espaços de autonomia local para, em seguida, identificar estratégias de incentivo à inovação, criatividade e uso sistemático da evidência de pesquisas na implementação de políticas em saúde. Constatamos uma redução gradativa da autonomia decisória pelo maior comprometimento financeiro dos municípios, decorrente das novas responsabilidades assumidas, bem como a possibilidade de reversão dessa tendência no contexto mais recente. Analisamos também determinantes e desafios para a difusão de práticas inovadoras e apresentamos experiências nacionais e internacionais com essa finalidade. Concluímos ser possível tornar mais efetivo o processo decisório local, desde que se consolidem iniciativas que estimulem essa cultura e a formulação e implementação de políticas informadas por evidências.*

Palavras-chave *Descentralização, Governo local, Sistemas de saúde, Inovação, Evidências em saúde*

¹ Instituto Sírío Libanês de Ensino e Pesquisa. R. Coronel Nicolau dos Santos 69, Bela Vista. 01308-060 São Paulo SP Brasil. fernandessilvio90@gmail.com

² Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde.

³ Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Piauí.

Introdução

O processo de descentralização no Sistema Único de Saúde contribuiu para a expansão progressiva dos sistemas municipais de saúde. Praticamente inexistentes na década de 1960, estes sistemas se ampliaram muito nas últimas décadas. A porcentagem de hospitais públicos sob gestão municipal em 2005 era de 25% e, em fevereiro de 2013, atingiu 52%, resultando um aumento de 49.646 para 89.728 de leitos de internação hospitalar administrados pelos municípios neste período¹.

A transferência na gestão ocorreu também em unidades de atenção não hospitalar e, em 2013, dos 70.441 estabelecimentos públicos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 67.014 (95,1%) eram administrados pelos municípios². Além disso, programas assistenciais e estratégias de mudança nos modelos de saúde, cuja coordenação cabe aos municípios, cresceram exponencialmente. Os agentes comunitários de saúde que eram 59.066 e as equipes de saúde da família 2.054, em janeiro de 1988, passaram para 253.140 e 33.193 em março de 2013, respectivamente³.

A municipalização da saúde teve como causa importante a indução por parte do governo federal pela criação de incentivos financeiros que estimula os municípios a assumirem novas responsabilidades na gestão e na prestação de ações de saúde. Se no início desse processo as gestões semiplenas, previstas em norma operacional publicada em 1993 (NOB/SUS 93)⁴, propunham regras mais flexíveis para a transferência de recursos federais e garantiam razoável autonomia de decisão para os governos municipais, a partir de 1996 (NOB/SUS 96)⁵ essa flexibilidade diminuiu; aumentou a vinculação do repasse à adesão às diretrizes formuladas centralizadamente, que reduziu a fronteira de autonomia decisória local.

Com a publicação do Pacto pela Saúde⁶, em 2006, e do Decreto 7508⁷, em 2011, identifica-se a possível reversão dessa tendência. O processo de pactuação de políticas proposto por esses instrumentos, especialmente os relacionados ao objetivo de promover maior integração de serviços e regionalização do SUS, tende a ampliar o protagonismo dos governos locais e isso poderá resultar em aumento de autonomia decisória.

Essa autonomia é fundamental para a inovação e criatividade municipal, ajustando os modelos de gestão e atenção à saúde aos contextos locais e às necessidades singulares de suas regiões e comunidades. Essa é uma das condições da universalidade do acesso aos serviços de saúde e

melhoria da qualidade da atenção. A outra diz respeito a auxiliar os gestores municipais a trilharem esse caminho informando a tomada de decisões pelas melhores evidências.

Partindo do pressuposto de que deve existir coerência entre os espaços de autonomia dos governos locais e o escopo de decisões atribuível a eles pelas políticas de saúde, indagamos: É possível delimitar fronteiras e espaços de autonomia dos governos locais no atual contexto de implementação do SUS? Quais as melhores alternativas para qualificar o processo de decisão local, fomentando a utilização das melhores evidências com inovação e criatividade?

Metodologicamente, em busca de resposta para essas questões, inicialmente exploramos aspectos da descentralização na literatura acerca do assunto. Dialogamos essa discussão com os atuais dispositivos normativos e políticos do SUS. Com isso, analisamos a descentralização no que se refere ao caráter indutor das políticas com formulação centralizada e sua influência nas fronteiras da autonomia dos governos locais. Em seguida identificamos ideias e exemplos de como promover a cultura de inovação e criatividade como fator de otimização do potencial da gestão local e a importância do uso de evidências de pesquisa na tomada de decisão.

Descentralização, indução central e fronteiras da autonomia

A descentralização da saúde teve como marco o artigo 198 da Constituição Federal⁸, regulamentado pelas leis 8.080⁹ e 8.142¹⁰, que estabeleceram que o SUS deve ser organizado de forma descentralizada, “com direção única em cada esfera de governo”. As normas operacionais da década de 1990 tornaram a municipalização o elemento mais importante do processo de descentralização no SUS.

Este processo sofreu influência de interesses diversos, podendo-se destacar dois como os mais importantes. Em um deles, a transferência de responsabilidades para os municípios, defendida pelo movimento da reforma sanitária, pode ser considerada como uma ‘bandeira de luta’ para democratizar o processo decisório e imprimir maior racionalidade e eficiência na implementação das políticas públicas de saúde. O outro resulta das políticas de ajuste fiscal da década de 1990, determinadas pela agenda neoliberal do governo, que atribuíam às políticas de descentralização potencial para reduzir gastos, ao mesmo tempo em que se exercia forte controle fiscal^{11,12}.

Esses dois diferentes interesses e racionalidades da descentralização das políticas sociais são destacados por Silva¹³:

Enquanto em uma das dimensões predomina a lógica de descentralização como uma proposta política de deslocamento dos eixos de poder para as instâncias locais, ampliando, como consequência, os mecanismos institucionais de democracia formal e promovendo a participação direta da sociedade, na outra predomina a lógica da racionalidade econômica, onde se descentraliza para cobrar maior racionalidade e eficiência na execução das políticas setoriais.

Com a descentralização, os gastos municipais cresceram gradativamente, passando de 7% do total nacional gasto no SUS em 1980, para 28%, em 2010¹⁴. Um dos principais fatores para isso foi a necessidade de complementar os repasses de custeio federal, e se deveu especialmente a gastos com pessoal. O número de postos de trabalho em saúde nos municípios cresceu de 47.038 (17,6% do total do país) em 1980 para 997.137 (68,8% do total existente) em 2005¹⁵.

As frequentes dificuldades orçamentárias e financeiras, decorrentes do crescente gasto municipal com saúde (a maioria dos municípios ultrapassa o limite mínimo de 15% da receita estabelecido pela Emenda Constitucional 29), podem interferir na autonomia local para inovações na gestão. Além disso, a vinculação do repasse de recursos federais ao cumprimento de regras pré-determinadas também pode funcionar como fator que limita a inovação e criatividade no âmbito da gestão municipal. A partir de 2006, com a implementação do Pacto pela Saúde, as centenas de formas vinculadas de repasse de recursos financeiros federais, instituídas especialmente após a NOB/SUS 96, foram reduzidas a cinco blocos de financiamento, ampliando a margem de manobra no uso dos recursos e amenizando um pouco o problema¹⁶.

Diante desses dilemas, maior equilíbrio nas relações interfederativas para orientar o processo de descentralização, mostra-se essencial. Analisando essa questão, Arretche¹⁷ entende ser necessário harmonizar indução, regulação e autonomia. 'Indução' tendo como principal objetivo promover uniformidade na implementação das políticas públicas no território nacional. 'Regulação', para buscar maior eficiência e transparência na aplicação dos recursos públicos, pois não há garantia intrínseca de que os governantes locais sempre usarão os recursos adequadamente, de forma responsável e comprometida com o interesse do cidadão. 'Autonomia' como condição

indispensável para que se expressem inovação e criatividade na execução das ações de saúde.

Nesse contexto, como demarcar as fronteiras de autonomia decisória local? Não pretendemos estabelecer limites precisos para isso e sim propiciar uma aproximação que permita a identificação de espaços onde a inovação e criatividade local possam ser praticadas, alcançando os benefícios que o conhecimento e as evidências científicas podem proporcionar ao processo de tomada de decisão na política de saúde.

Nas regras atuais, implantadas após a vigência do Pacto pela Saúde, os municípios decidem, no processo de pactuação, quais serviços localizados no território municipal ficarão sob sua gestão. O decreto 7.508⁷, de 2011, introduz o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) como instrumento para demarcar responsabilidades e atribuições nas relações interfederativas. Além disso, devem ser considerados como legados indutores, com influência na delimitação da fronteira de autonomia decisória local, os seguintes dispositivos normativos e políticos do SUS: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁸; o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)¹⁹; o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)²⁰; a Política Nacional de Regulação do SUS²¹ e as Diretrizes para organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS²². O Quadro 1 apresenta as características dessas políticas, quanto aos seus objetivos principais, estratégias de indução, mecanismos de regulação e espaços de autonomia local.

Na análise do Quadro 1 pode-se verificar que os mecanismos indutórios se concretizam pela transferência de recursos financeiros e também por disseminar aspectos teórico-conceituais e diretrizes nacionais estratégicas e operacionais para implementação das políticas. Essas informações fornecem pistas para delimitar as fronteiras de autonomia local. Uma área em que o protagonismo dos municípios para implementação do SUS é mais acentuado é a Atenção Primária em Saúde (APS), que traz desafios para a agenda decisória local que podem ser situados em duas dimensões principais, proposta na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): coordenar o cuidado integral e ordenar a longitudinalidade do cuidado, na perspectiva de sua continuidade em redes regionalizadas de atenção à saúde.

Com relação à primeira dimensão, em uma análise mais pormenorizada das políticas analisadas, a agenda local se depara com os seguintes assuntos: (i) integrar ações programáticas

Quadro 1. Aspectos da indução, regulação e autonomia local de políticas do SUS.

Atributos	Políticas					
	Regulação	COAP	PMAQ-AB	PROVAB	PNAB	Redes
Marco de implantação	Portaria do MS nº 1559, de 01/08/2008 ¹⁹	Decreto Presidencial no 7508 28/06/2011 ⁷	Portaria do MS no 1654, de 19/07/2011 ⁷	Portaria interministerial no 2087, de 01/09/2011 ¹⁸	Diretriz orientadora do MS de 2012 ¹⁶	Portaria do MS no 4279, de 30/12/2012 ²⁰
Objetivos principais	Implantar as ações de regulação de sistemas, da atenção e do acesso à saúde	Regulamentar a Lei nº 8.080; Organizar o planejamento do SUS; Promover articulação interfederativa	Induzir ampliação do acesso e melhoria da qualidade da APS; Promover cultura de avaliação, monitoramento e negociação	Valorizar o profissional de saúde que atue na APS e da Estratégia Saúde da Família	Ampliar resolutividade da APS; Coordenar o cuidado integral; Ordenar a longitudinalidade do cuidado em rede	Estabelecer as diretrizes de organização das redes de atenção à saúde no SUS
Estratégias de indução	Repasse de recursos financeiros para investimento e custeio dos complexos reguladores	Diretrizes prioritárias nacional e estadual de saúde; Incentivo financeiro pelo cumprimento de metas	Implementar diretrizes, avaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional; Incentivos financeiros para adesão e cumprimento de metas	Aos profissionais: curso de especialização e bônus para provas de residência médica; Aos municípios: incentivos financeiros para custeio	Piso de Atenção Básica (PAB) fixo; Incentivos adicionais proporcionalmente expressivos para Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde e Saúde Bucal (PAB variável)	Diretrizes conceituais, estratégicas e operacionais para todos os componentes do SUS
Mecanismos de regulação	Garantia de execução de processos (ex.: cadastros, contratos, PPI, protocolos)	Controle pelos órgãos interno e externo do MS em caso de descumprimento de responsabilidades	Mecanismos de avaliação externa periódica	Obediência aos requisitos legais de contratação e provimento de moradia	Obediência às diretrizes gerais da PNAB; Controle por órgãos interno e externo do MS em caso de descumprimento de responsabilidades	Difusa nas demais políticas
Espaços de autonomia local	Gestão ou cogestão de complexos reguladores; Elaboração de protocolos clínicos e de regulação; Contratualização com prestadores de serviços	Planejamento ascendente considerando as necessidades do nível local	Responsabilidade pela implementação de estratégias de avaliação, de processos educacionais e de apoio institucional visando atender as diretrizes nacionais	Inerentes à inserção dos profissionais na APS (cuidado multiprofissional, integral, longitudinal, contextualizado e coordenador dos serviços)	Aplicar estratégias adicionais que não contrariem as diretrizes nacionais (programar ações de acordo com as necessidades; instituir avaliação; promover ações educacionais)	Participação no planejamento, gerenciamento e governança das redes, no componente municipal

Fonte: Ministério da Saúde, Brasil.

e demanda espontânea; (ii) articular ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação; (iii) articular trabalho multiprofissional e interdisciplinar das equipes de saúde; (iv) direcionar o processo de trabalho de forma usuário-centrado; (v) desenvolver ações de educação permanente em saúde; (vi) estimular a participação do usuário visando o autocuidado em saúde; (vii) definir estratégias de institucionalização da avaliação da atenção básica; (viii) instituir acolhimento humanizado e priorizando o acesso baseado em risco epidemiológico e social.

Em relação à segunda: (i) promover resolutividade da APS, identificando riscos, necessidades e demandas; (ii) utilizar e articular diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo visando à prática de uma clínica ampliada que considere o usuário em suas necessidades singulares; (iii) elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares; (iv) acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das redes de atenção à saúde; (v) articular ações intersetoriais, comunitárias e sociais; (vi) incorporar tecnologias, ferramentas e dispositivos de gestão da clínica na gestão do cuidado; (vii) alimentar sistemas e analisar informações em saúde; (viii) desenvolver cultura de negociação e contratualização; (ix) regular o acesso aos demais níveis de atenção.

Esses desafios situam-se nos espaços de autonomia local. Enfrentá-los traz para os tomadores de decisão a necessidade de analisar adequadamente o contexto e identificar fragilidades e oportunidades a serem exploradas. Traz, fundamentalmente, o desafio de serem inovadores e criativos, procurando tomar as decisões orientadas pelas melhores evidências, temas que serão tratados nos tópicos seguintes.

Inovação e criatividade na gestão local de saúde

A saúde é um campo fértil para inovações informadas por evidências, mas, mesmo quando estas são bem sucedidas em um local, leva tempo para essas novas ideias e práticas se difundirem, levando seus benefícios para todo o sistema. Isso é verdadeiro em relação a produtos inovadores, mas para as tecnologias organizacionais complexas, como novas formas de atribuição de tarefas (i.e.: *task shifting*), mudanças nos processos de trabalho ou modalidades alternativo/combinadas de remuneração (i.e.: *pay-for-performance*), a disseminação da inovação no sistema de saúde pode levar ainda mais tempo.

A difusão das práticas inovadoras é, portanto, um grande desafio e a taxa de difusão da inovação em uma organização/sistema é condicionada por fatores complexos como as percepções individuais e coletivas sobre a inovação, características dos indivíduos e instituições que podem adotar a mudança e fatores contextuais e políticos de uma organização/sistema. No entanto, algumas estratégias podem acelerar a taxa de difusão de inovações dentro de sistemas e organizações de saúde, tais como: dar visibilidade às inovações, descobrir e apoiar experiências inovadoras, investir em *early adopters*, confiar e permitir a recombinação de ideias no âmbito da implementação, incentivar ambientes institucionais favoráveis à mudança e liderar pelo exemplo²³.

No Brasil, a distribuição de competências no sistema de saúde remete às organizações locais, a implementação dos programas e ações, em geral mediante a distribuição de recursos financeiros federais, configurando mecanismo de incentivo baseado na concentração orçamentária e de formulação das políticas e desconcentração de recursos para implementação em nível local. Nesse contexto, indaga-se sobre limites e possibilidades para favorecer a inovação no SUS, especialmente para incentivar seu surgimento e disseminação.

No SUS, podem-se apontar exemplos de inovações nacionalmente disseminadas, mas com implementação no contexto local/regional e endereçadas a diferentes níveis do sistema de saúde. Por exemplo, na esfera da gestão, os contratos organizativos de ação pública da saúde (COAP) e os novos modelos institucionais, como as fundações estatais, representam novas formas de organização com importantes repercussões sobre a dinâmica de *accountability*. No âmbito do financiamento, observa-se a ascensão e disseminação em todo o país do pagamento por resultados, após o desenvolvimento do que pode ser o maior esquema de *pay-for-performance* do mundo na APS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Novos modelos de provisão de cuidados estão se conformando em redes assistenciais regionalizadas e coordenadas pela APS, para superar a histórica segmentação/fragmentação dos níveis assistenciais no acesso aos serviços de saúde. Além disso, registram-se importantes iniciativas de incentivo à inovação mediante premiações institucionais, como o Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS e o Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos, ambos promovidos pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos

Estratégicos (SCTIE), e capacitações/treinamentos focados no desenvolvimento de competências úteis aos processos inovadores, como as oficinas para a utilização das Ferramentas SUPPORT para Políticas Informadas por Evidências, realizadas pela EVIPNet Brasil.

Especialmente no campo da promoção da inovação na gestão pública da saúde, exemplo de iniciativa é o Portal de Inovação na Gestão do SUS, uma ferramenta de gestão do conhecimento, idealizada e mantida pela parceria institucional entre a Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS). O portal visa apoiar gestores, profissionais, dirigentes e quadros técnicos do SUS e da saúde suplementar para o acesso aos principais serviços informativos e de gestão de conhecimento e desenvolver uma 'comunidade de prática' entre gestores, criando um ambiente colaborativo de socialização de conhecimento e experiências.

No âmbito da gestão municipal, a 'folga' para inovação parece se acomodar nos processos de implementação das políticas de saúde, impulsionada especialmente pela criatividade de gestores e trabalhadores do sistema de saúde, mas com elevado potencial de inserção da sociedade civil. Pode-se citar como exemplos de clima institucional propício à criatividade iniciativas para promover o engajamento construtivo dos usuários e profissionais de saúde, mediante a criação de mecanismos de interação entre governo e sociedade e reforçar a eficiência governamental e transparência com o apoio da sociedade civil²⁴; geração e uso de novos indicadores de monitoramento e avaliação de processos e resultados e concepção e uso de novas metas para a gestão, a exemplo dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)^{25,26}, como fatores que favorecem ambientes para o surgimento e crescimento da inovação na gestão local do SUS.

Nesse ponto é relevante o papel da pesquisa como estratégia para promover e evidenciar a inovação e criatividade no SUS. O Brasil experimenta o aumento dos custos e gastos em saúde em decorrência do envelhecimento populacional e da alta carga de doenças infecto-parasitárias concomitantes às doenças crônicas não transmissíveis, assim como o aumento da expectativa e das demandas dos usuários em relação aos serviços e sistemas de saúde no Brasil, daí a importância das iniciativas para sintetizar e traduzir os achados dessas pesquisas e transformá-las em ações efetivas a custos apropriados.

Devido à grande variabilidade de cenários, o Brasil tem adotado incentivos à produção de conhecimento descentralizada, adaptada aos diferentes caracteres geográficos e socioeconômicos. Exemplo importante é a Pesquisa para o SUS (PPSUS), que financia pesquisas sobre temas prioritários de saúde com o intuito de fortalecer as capacidades locais de investigação. Essa modalidade de fomento descentralizado tem como objetivo reduzir desigualdades regionais na produção do conhecimento científico e fortalecer a capacidade local da gestão, especialmente para lidar com problemas de saúde e com a produção de conhecimento científico como subsídio de enfrentamento e decisão²⁷.

No entanto, é preciso reconhecer que os resultados concretos de intervenções para desencadear a inovação nos cuidados de saúde, dependem de processos complexos e variáveis que incluem a interação entre a inovação e o contexto da sua introdução, mas também da sustentabilidade institucional das iniciativas, condição *sine qua non* dos processos de inovação criativos e relevantes para a maioria da população brasileira no âmbito da saúde. A inovação, portanto, adapta-se aos contextos organizacionais. E o clima receptivo para a inovação só pode ser desenvolvido ao longo do tempo, assegurando a longitudinalidade das iniciativas, enquanto a criatividade e a construção de 'espaços' institucionais para seu exercício podem ser apontados como determinantes para isso.

Sistemas locais de saúde informados por evidências

O SUS brasileiro é mundialmente conhecido por objetivar a universalização da promoção e cuidados à saúde de seus cidadãos, sob a égide da integralidade e equidade^{28,29}. Procura fazê-lo, através de princípios altruístas, com gestão, financiamento e provisão de serviços públicos e privados (saúde suplementar), visando dirimir persistentes desigualdades na longevidade e qualidade de vida de brasileiros pertencentes a diferentes extratos socioeconômicos e raciais. Complementando o caráter indutor central das políticas de saúde com o exercício da inovação e criativa autonomia, governos loco-regionais poderão gerar novos ciclos evolutivos de seus sistemas de saúde. Entretanto, a aplicação do conhecimento produzido pela pesquisa científica, a disponibilidade de informações atualizadas e fidedignas e a observância dos valores das pessoas afetadas/interessadas e marcos legais existentes,

ainda não são ideias amplamente disseminadas para tornar os serviços e sistemas de saúde mais efetivos e sustentáveis.

Nesse sentido, a 58ª Assembléia Mundial da Saúde (2005)³⁰, a Agenda de Saúde para as Américas 2008-17 da Organização Pan-Americana de Saúde³¹ e o relatório mundial da saúde da OMS de 2012, intitulado *No Health Without Research*³² constituem exemplos internacionais de recomendações para que as políticas, sistemas e serviços de saúde sejam mais informados pelas melhores evidências, conhecimentos e valores sociais existentes.

Os governos da província de Ontário (Canadá) e da Austrália são jurisdições que inseriram planos de 'tradução de conhecimento' (*knowledge translation*) em suas agendas decisórias. O Ministério da Saúde de Ontário assinou em abril de 2013 plano de tradução de conhecimento de CAN\$ 4.9 milhões com a Universidade de McMaster, visando a produção de evidência de pesquisa; promoção e apoio ao uso das melhores evidências globais e provinciais relacionadas a sistemas de saúde; apoio ao desenvolvimento de políticas para aumentar o desempenho e a sustentabilidade do sistema de saúde provincial³³.

Semelhantemente, o Ministério da Saúde australiano publicou, em fevereiro de 2013, o relatório *Strategic Review of Health and Medical Research in Australia – Better Health Through Research*³⁴ estabelecendo recomendações e verbas para incrementar pesquisas e o uso de seus resultados nos sistemas de saúde com foco na tradução do conhecimento e seu impacto, monitoramento dos investimentos e resultados; inserção da pesquisa em todos os níveis dos sistemas de saúde; desenvolvimento de capacidade de pesquisa, participação e treinamento em pesquisa por parte dos profissionais de saúde; estabelecimento e retenção desse capital humano de pesquisa nos serviços de saúde; apoio a pesquisa direcionada às necessidades prioritárias dos sistemas de saúde; aceleração do sistema de inovação em saúde e fortalecimento de serviços e sistemas de saúde informados por evidências.

No Brasil, a Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil: <http://brasil.evipnet.org/>) alinha-se aos esforços globais para conectar evidências de pesquisa às ações em saúde. A Evipnet Brasil é apoiada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde do Brasil (OPAS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) e financiada pelo Ministério da Saúde (MS), através do seu Departamento de Ci-

ência e Tecnologia (DECIT). Esta rede busca fortalecer os sistemas de saúde através da elaboração de políticas informadas por evidências científicas de qualidade.

Essa rede vem desenvolvendo diversas atividades desde sua criação, em 2007, tais como: 1) estabelecimento de parcerias entre gestores, acadêmicos e a sociedade civil organizada, sendo a colaboração institucional entre o DECIT/SCTIE/MS, a Bireme/Opas e o CONASEMS o exemplo mais prolífico; 2) desenvolvimento do Portal EVIPNet Brasil; 3) produção de sínteses de evidências para a políticas (*Policy Briefs ou Evidence Briefs for Policy*)³⁵, para o enfrentamento de problemas prioritários de saúde como mortalidade perinatal e materna, crack e hipovitaminose A; 4) capacitações das coordenações das áreas técnicas de avaliação de tecnologia da saúde, alimentação e nutrição, saúde mental, saúde da criança e saúde da mulher³⁴, seja através de atividades de educação continuada com técnicos dessas áreas no MS, realizações de oficinas em congressos nacionais³⁴, ou em oficinas internacionais independentes. Essas capacitações buscam sempre promover também o intercâmbio entre múltiplos atores sociais^{35,36}.

Dentre as equipes nacionais da EVIPNet Global, a equipe brasileira foi pioneira ao inovar com a criação, em 2010, do Núcleo de Evidências em Saúde/Estação Biblioteca Virtual em Saúde (NEv/EBVS), no município de Piri-piri (PI)³⁷ (Quadro 2). O NEv/EBVS Piri-piri foi instituído por decreto municipal e formado por profissionais efetivos da SMS, os quais foram capacitados para o uso das Ferramentas SUPPORT (*SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking*) de elaboração de políticas de saúde informadas por evidências^{38,39}, Saúde Baseada em Evidências e Avaliação de Tecnologias em Saúde. A experiência foi desenvolvida e monitorada no período março de 2010 a dezembro de 2012, e foi apoiada pela EVIPNet Brasil, BIREME, MS e governo municipal. A descentralização do financiamento e dos cuidados primários de saúde, a premência do uso de evidências na gestão, a presença de forte liderança, a instituição de marco legal da iniciativa⁴⁰ e o favorável contexto político local explicam o exitoso desenvolvimento e implementação do NEv/EBVS de Piri-piri.

As atividades da plataforma de tradução de conhecimento NEv/EBVS Piri-piri consistiram na: 1) capacitação de recursos humanos locais na aquisição, avaliação, adaptação e aplicação das melhores evidência globais e locais; 2) produção de sínteses de evidências científicas para políti-

Quadro 2. Apresentação da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil) e do Núcleo de Evidência em Saúde (NEv) de Piripiri.

Atributos	EVIPNet Brasil	Núcleo de Evidência em Saúde (NEv) de Piripiri
Data de criação	Julho de 2007	Março de 2010
Objetivos	Estabelecer mecanismos que facilitem o uso de evidências de pesquisa na formulação e implementação de políticas de saúde e nos processos de tomada de decisão, nos níveis de gestão dos serviços e sistemas de saúde;	Democratizar o acesso às fontes de informação; Promover inclusão digital através do acesso às fontes de informação científica e técnica em saúde; Promover disseminação de evidências em saúde no âmbito local junto a gestores, profissionais de saúde e sociedade;
Missão	Apoiar a institucionalização do uso sistemático da evidência de pesquisa para informar a formulação e implementação de políticas, programas e serviços de saúde no âmbito do SUS.	Apoiar a gestão da saúde local no processo de tomada de decisão sobre formulação e implementação de políticas de saúde, disponibilizando as melhores evidências científicas aos gestores, trabalhadores e sociedade civil.
Governança	(EVIPNet) Brasil é subsidiária da EVIPNet: Evidence-informed Policy Network, da Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde. Secretaria Executiva situada no Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Conselho Consultivo instituído pela Portaria nº. 2.363, de 07/10/2009 ⁴¹	Parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Piripiri /Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde/Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde/EVIPNet Brasil. Instituído pela Portaria nº. 032/10-SMS ³⁷ de 22/04/2010
Financiamento	Investimento e custeio por recursos do Ministério de Saúde	Investimento e custeio pelo Fundo Municipal de Saúde de Piripiri
Principais produtos e atividades	Capacitar técnicos e gestores sobre uso de evidência; Sintetizar evidências para as necessidades da gestão de saúde, utilizando as ferramentas SUPPORT; Organizar Diálogos Deliberativos com atores sociais envolvidos em problemas de saúde prioritários, visando à disseminação de opções de enfrentamento informadas por evidências	Sintetizar evidências para as necessidades locais de saúde, utilizando as ferramentas SUPPORT; Organizar Diálogos Deliberativos com atores sociais envolvidos em problemas de saúde prioritários, visando à disseminação de opções de enfrentamento informadas por evidências;
Localização e contato	Coordenação-Geral de Gestão do Conhecimento; Departamento de Ciência e Tecnologia; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Ministério da Saúde; Setor Comercial Norte, Quadra 02, Projeção C, sala 03CEP: 70.712-902 - Brasília – DF Telefone: (61) 3410-4142/4177 marina.alves@saude.gov.br, nathanmendes@hotmail.com	Rua João de Freitas, 11, Piripiri, Piauí, CEP 64.260-000 sms@piripiri.pi.gov.br / evidenciapiripiri@hotmail.com

Fontes: Decit/SCTIE/MS.

cas sobre problemas prioritários locais de saúde, como hipertensão arterial, mortalidade infantil, dengue e fixação de profissionais na APS; 3) organização de diálogos deliberativos para a disseminação acerca das opções de enfrentamento e suas estratégias de implementação junto aos interessados e afetados pelo conhecimento e decisão dialogados; 4) promoção da cultura e da institucionalização de incorporação da evidência global às práticas locais no âmbito do sistema de saúde.

A gestão local de saúde de Piri-piri apropriou-se do NEv/EBVS para enfrentar problemas prioritários. As atividades do NEv/EBVS e seus impactos foram monitoradas e avaliadas e seus resultados foram amplamente disseminados local, nacional e internacionalmente³⁸. Essa experiência demonstra que iniciativas institucionalizadas e com suporte de redes e plataformas de tradução do conhecimento podem ser um caminho para a disseminação do uso das evidências científicas na tomada de decisão. Dado o reconhecimento nacional e internacional do NEv/EBVS Piri-piri, por seu caráter inovador e seu impacto na gestão e na saúde da população assistida^{37,42}, a EVIPNet Brasil replicou tal iniciativa em Sobral (CE) e Recife (PE), e planeja fazê-lo também no Rio de Janeiro, Angra dos Reis (RJ) e Distrito Federal (DF).

As políticas de saúde informadas por evidências poderão tornar-se realidade no Brasil a partir de concomitantes estímulos internacionais (como os citados anteriormente), indução do governo federal (como atualmente exercida pela EVIPNet Brasil e seus colaboradores) e, sobretudo, pelo exercício visionário e determinado da autonomia das gestões municipais de saúde (como Piri-piri, Sobral, Recife e as três outras jurisdições atualmente interessadas em replicar tal experiência). Para tal, faz-se necessário que os mecanismos de tradução de conhecimento sejam aperfeiçoados pela experimentação, rigoroso monitoramento, avaliação e disseminação local, nacional e internacional. Ademais, é fundamental o desenvolvimento de competências específicas da gestão municipal da saúde, especialmente relacionadas com a capacidade de usar o conhecimento existente para tomar decisões diante de problemas concretos e prioritários, para melhorar os resultados em saúde e aumentar a eficiência do sistema.

Gray⁴³ defende que gestores sanitários temporâneos devam estar aptos a fazer as perguntas certas, compreender e utilizar os critérios de evidência, avaliar a qualidade das evidências e implementar mudanças informadas pelas evidências. Mas esses atributos necessitam de pro-

cessos longitudinais de aprendizado institucional sobre como o conhecimento pode ser usado para informar a decisão e, assim, ser útil à obtenção de melhores resultados em saúde.

Dessa forma, dado que a gestão local da saúde no Brasil está responsável pela maior parte da implementação da política de saúde, o contexto internacional e (crescentemente) nacional favoráveis à tradução do conhecimento em ação, articulados com a concepção de que o conhecimento científico pode informar a tomada de decisão local, proporcionando mais condições de enfrentar problemas na implementação das políticas, resultariam essenciais para o exercício da autonomia, inovação e criatividade do nível local da gestão do SUS. O Brasil poderá assim incrementar base mais sólida de esforços para o incentivo e acompanhamento das iniciativas locais inovadoras de tradução do conhecimento, e avaliar impactos sobre os processos de tomada de decisão e seus resultados na qualidade dos serviços e situação de saúde.

Conclusões

Neste artigo analisamos o processo de descentralização/municipalização da saúde com um olhar que nos permitiu identificar como foram introduzidos os mecanismos indutórios visando assegurar a implantação das políticas do SUS e que influências tiveram nos espaços de autonomia decisória das gestões locais de saúde. Resultou evidente a variação dessa autonomia, a depender do caráter mais ou menos indutor das normas e dispositivos legais em vigor. Basicamente passamos de uma situação de autonomia mais acentuada até a primeira metade do processo de descentralização para uma redução da mesma, na segunda metade. Tal foi influenciado pelo maior comprometimento dos recursos municipais para garantir a viabilidade na execução das políticas formuladas e normatizadas pelo nível federal.

No contexto mais recente, na vigência do COAP e das atuais políticas de regulação e APS vislumbra-se uma possibilidade de ampliação de autonomia que encerra, em si, uma oportunidade para que se expressem inovação e criatividade por parte dos governos locais, na perspectiva de propiciar qualidade à implantação das políticas do SUS.

É possível e necessário experimentar inovação, criatividade e tomada de decisões informadas pelas melhores evidências, visando melhores resultados em saúde. Estratégias adequadas po-

dem favorecer o potencial inovador e criativo nos processos de gestão, assim como as iniciativas de consolidação de práticas de formulação e implementação de políticas informadas por evidências no Brasil e no mundo.

Colaboradores

SF Silva concebeu a ideia inicial, redigiu partes e revisou todas as versões do texto. NM Souza contribuiu com a concepção inicial, redigiu partes e revisou todas as versões do texto. JOM Barreto redigiu partes e revisou todas as versões do texto.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES*; 2013. [acessado 2013 abr 22]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Esfera.asp?VEstado=00
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Datasus*; 2013. [acessado 2013 abr 24]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Departamento de Atenção Básica – DAB*; 2013. [acessado 2013 abr 22]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde e aprova a NOB 01/93. *Diário Oficial da União* 1993; 20 maio.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 2.203, de 6 de novembro de 1996: redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde e aprova a NOB 01/96. *Diário Oficial da União* 1996; 6 nov.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde de 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial da União* 2006; 23 fev.
7. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7508/Presidência da República/Casa Civil, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília. *Diário Oficial da União* 2011; 28 jun.
8. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
9. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
10. Brasil. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 31 dez.
11. Almeida C. O SUS que queremos: sistema nacional de saúde ou subsector público para pobres? *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):346-369.
12. Cohn A. Questionando o consenso sanitário. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):292-318.
13. Silva SF. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec; 2001.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Brasília; 2012. [acessado 2013 abr 25]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Set/28/Despesa_total_saude.pdf
15. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate* 2009; 44:13-24.
16. Lima LD, Queiroz LFN, Machado CV, Viana ALA. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1903-1914.
17. Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):331-345.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2012. (Série E. Legislação em Saúde)
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União* 2011; 19 jul.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria interministerial nº 2.087, de 1 de setembro de 2011. Institui o programa de valorização da atenção básica. *Diário Oficial da União* 2011; 1 set.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1559/GM, de 1 de agosto de 2008. Institui a política nacional de regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União* 2008; 1 ago.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2010; 30 dez.
23. Berwick DM. Disseminating Innovations in Health Care. *JAMA* 2003; 289(15):1969-1975.
24. Ruediger MA. Governança democrática na era da informação. *Rev Adm Pública* 2003; 37(6):1257-1280.
25. Organização das Nações Unidas (ONU). *Declaração do milênio 2000*. Lisboa: United Nations Information Centre; 2001. (Resolução A/RES/55/2).
26. Rasanathan K. Task Team for the Global Thematic Consultation on Health in the Post-2015 Development Agenda. What do people want for health in the post-2015 agenda? *The Lancet* 2013; 381(9876):1441-1443.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Prêmio Pesquisa para o SUS (PPSUS)*. [acessado 2013 maio 11]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=32726&janela=1
28. Jurberg C, Humphreys G. Brazil's march towards universal coverage. *Bull World Health Organ* 2010; 88(9):646-647.
29. World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2008: Primary Health Care now more than ever*. Washington: WHO; 2008.
30. World Health Organization (WHO). *2005 World Health Assembly Resolution 58.34*. WHO; 2005. Disponível em: <http://www.paho.org/english/gov/ce/ce136-25-e.pdf>
31. Pan-American Health Organization (PAHO). *Health Agenda for Americas 2008-2017*; WHO, PAHO; 2007. [Cited 2011 Mar 29]. Available from: http://www.paho.org/English/DD/PIN/Health_Agenda.pdf

32. World Health Organization (WHO). *World Health Report 2012: No Health Without Research*. WHO; 2011. [Cited 2011 Aug 26]. Available from: <http://www.who.int/rpc/whr2012/en/index.html>
33. McMaster Health Forum. *Knowledge transfer key component of health system research program*. [Internet]MHF; 2013.[Cited 2013 Apr 17]. Available from: <http://healthforum.mcmaster.ca/index.php/about-us/new-at-the-forum/1-latest-news/299-forum-shares-in-49-million-grant-from-ministry>
34. Australia. Ministry of Health. *Strategic Review of Health and Medical Research in Australia – Better Health Through Research*. Commonwealth of Australia 2013. [Cited 2013 Apr 15]. Available from: http://www.mckeonreview.org.au/downloads/Strategic_Review_of_Health_and_Medical_Research_Feb_2013-Final_Report.pdf
35. Portal EVIPNet Brasil. Notícias.[Cited 2013 Apr 18]. Available from: http://cspace.evipnetbrasil.bvsalud.org/tiki-view_articles.php
36. Barreto J, Souza N, Abdala C, Panisset U, De Melo G, Pinto R. Curso ‘Uso de evidências na gestão municipal da saúde’: uma experiência pioneira. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 2012; 7(23):122-126.
37. Barreto JOM, Souza NM. Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri-Piauí. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):25-34.
38. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction. Tradução para o português da série de artigos publicados na revista *Health Research Policy and Systems*. [cited 2013 Apr 18]. Available from: <http://brasil.evipnet.org>
39. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction. *Health Res Policy Syst* 2009; 7(Supl. 1):I1.
40. Piripiri. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº 32/2010. Institui o Núcleo de Evidências em Saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Piripiri-PI. [acessado 2011 mar 29]. Disponível em: <http://www.piripiri.pi.gov.br>
41. Brasil. Portaria nº. 2.363, de 7 de outubro de 2009. Institui e define atribuições do Conselho Consultivo da EVIPNet Brasil. *Diário Oficial da União* 2009; 8 out.
42. Barreto JOM, Souza NM. Evidence-informed decision making in local level: the knowledge translation experience in health policy implementation of Piripiri, Brazil. In: *Second Global Symposium on Health Systems Research, 2012, Beijing. Book of Abstracts - HSR 2012 - Beijing, China*. Beijing: Peking University Health Sciences Center; 2012.
43. Gray M. *Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health services and public health*. 3th ed. London: Churchill Livingstone; 2009.